

**ØF- rapport nr.: 03/2011**

## **Sosiale årsaker til sykefravær**

**En kvalitativ studie av sykemeldte med psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser i Norge**

**av**

**Kari Bjerke Batt-Rawden  
og  
Liv Johanne Solheim**

# Østlandsforskning

Østlandsforskning er et forskningsinstitutt som ble etablert i 1984 med fylkeskommunene og høgstolestyrene/de regionale høgstoleentra i fylkene Oppland, Hedmark og Buskerud som stiftene i samarbeid med Kommunaldepartementet.

Østlandsforskning er lokalisert i høgstolemiljøet på Lillehammer og har i tillegg kontorer i Hamar. Instituttet driver anvendt, tverrfaglig og problemorientert forskning og utvikling.

Østlandsforskning er orientert mot en bred og sammensatt gruppe brukere. Den faglige virksomheten er konsentrert om to områder:

Næringsliv og regional utvikling  
Velferd, organisasjon og kommunikasjon

Østlandsforskning's viktigste oppdragsgivere er departement, fylkeskommuner, kommuner, statlige etater, råd og utvalg, Norges forskningsråd, næringslivet og bransjeorganisasjoner.

Østlandsforskning har samarbeidsavtaler med Høgstolen i Lillehammer, Høgstolen i Hedmark og Norsk institutt for naturforskning. Denne kunnskapsressursen utnyttes til beste for alle parter.

ØF- rapport nr.: 03/2011

## **Sosiale årsaker til sykefravær**

**En kvalitativ studie av sykemeldte med psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser i Norge**

av

**Kari Bjerke Batt-Rawden  
og  
Liv Johanne Solheim**



**Tittel:** Sosiale årsaker til sykefravær. En kvalitativ studie av sykemeldte med psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser i Norge

**Forfattere:** Kari Bjerke Batt-Rawden og Liv Solheim

**ØF-rapport nr.:** 03/2011

**ISBN nr.:** 978-82-7356-679-9

**ISSN nr.:** 0809-1617

**Prosjektnummer:** 1014

**Prosjektnavn:** SOFAC

**Oppdragsgiver:** Norges forskningsråd

**Prosjektleder:** Rolf Rønning

**Referat:** Denne rapporten er en del av et treårig norsk/svensk forskningsprosjekt som ser på betydningen av sosiale årsaker til sykefravær og de sykemeldtes opplevelse av å være sykemeldt. Målet med forskningsprosjektet er å bidra til ny innsikt i hvordan samspillet med omgivelsene både kan fremme og hemme sykemeldinger.

I denne rapporten viser vi til de funnene fra kvalitative studier. Data er hentet inn ved individuelle intervjuer med sykemeldte som faller innunder diagnosegruppene muskel- og skjelettsykdom og psykisk sykdom. Forskningsspørsmålene som tas opp inkluderer: 1) å avdekke oppfatninger omkring årsaker til egen sykdom, 2) å få frem ulike erfaringer, situasjoner og hendelser omkring det å være sykemeldt, bl.a. hvordan de opplever selve rollen som sykemeldt og hva de gjør for å mestre sin sykdom og det å være sykemeldt, og 3) å få frem opplevelsen av andres holdninger til deres sykefravær og livssituasjon.

Denne rapporten viser til de norske funnene i studien. Det er tilsvarende gjennomført en svensk studie og levert en svensk rapport (også utgitt i ØFs rapportserie).

**Emneord:** Sykefravær, helse, mestring, metoder, mål, resultater

**Dato:** Februar 2011

**Antall sider:** 66

**Pris:** Kr 120,-

**Utgiver:** Østlandsforskning  
Postboks 223  
2601 LILLEHAMMER

Telefon 61 26 57 00  
Telefax 61 25 41 65  
e-mail: [post@ostforsk.no](mailto:post@ostforsk.no)  
<http://www.ostforsk.no>

Dette eksemplar er fremstilt etter KOPINOR, Stenergate 1 0050 Oslo 1. Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale og strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

## Forord

Denne rapporten er en presentasjon av den norske kvalitative delen av forskningsprosjektet Social factors contributing to sickness absence (SOFAC). SOFAC har som målsetning å studere og diskutere hvordan sosiale forhold virker på sykefravær og eksklusjon. Prosjektet er et samarbeid mellom forskere fra Østlandsforskning, Høgskolen i Lillehammer, Høgskolen i Gjøvik, Karlstad Universitet og Universitetet i Oslo. Østlandsforskning er ansvarlig for prosjektet.

SOFAC varer i perioden 2009-12 og er delt i seks WPer (Work package). WP1 handlet om å diskutere sykdom og sykefravær i lys av kategoriene ”disease, illness og sickness.” Dette arbeidet ble avsluttet med en serie fagseminarer våren 2010. WP2 og WP3 er kvalitative undersøkelser av sykemeldte med diagnosene psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser. Arbeidet er avsluttet med utgivelsene av nasjonalrapporter (Norge og Sverige) i ØFs rapportserie. WP4 er en holdningsundersøkelse til sykefravær i befolkningen, og WP5 og WP6 er kvantitative studier med representative utvalg av befolkningen med diagnosene psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser.

Østlandsforskning og Høgskolen i Lillehammer er ansvarlig for den norske studien innen WP2 og 3. De som har bidratt i WP2 og WP3 er:

Rolf Rønning (Høgskolen i Lillehammer) (prosjektleder)

Kari Batt-Rawden (Østlandsforskning)

Liv Johanne Solheim (Høgskolen i Lillehammer)


Vegard Johansen (Østlandsforskning)

Ann Iren Linnerud (Østlandsforskning)

Vi vil takke Norges forskningsråd for prosjektet.

Februar 2011

Rolf Rønning  
Prosjektleder

  
Torhild Andersen  
Forskningsleder



# Innhold

1	Innledning .....	7
1.1	Kort om sykefravær i Norge og Sverige.....	7
1.2	Teoretiske perspektiver og problemstillinger .....	9
1.3	Rapportens struktur .....	9
2	Metode .....	11
2.1	Grounded theory.....	11
2.2	Utvalget.....	12
2.3	Gjennomføring av intervjuene.....	15
2.4	Analyse og presentasjon av datamaterialet.....	16
2.5	Vurdering av datamaterialet .....	16
3	Sykdomshistorier og årsaksforklaringer .....	21
3.1	Presentasjon av utvalget .....	22
3.2	Kvinneres sykdomshistorier og årsakssammenhenger .....	22
4	Å være sykemeldt.....	37
4.1	Kvinneres kamp for verdigheten .....	37
4.2	Kvinneres mestringsstrategier .....	42
4.3	Menns kamp for verdighet .....	46
4.4	Menns mestringsstrategier.....	50
5	Oppsummering .....	55
5.1	Metode og utvalg av informanter .....	55
5.2	Sykdomshistorier og årsaksforklaringer .....	56
5.3	Å være sykemeldt.....	57
5.4	Konklusjon .....	59
	Referanser .....	61
	Vedlegg 1. Invitasjonsbrev .....	63
	Vedlegg 2. Intervjuguide .....	65





# 1 Innledning

Denne rapporten er en del av et treårig norsk/svensk forskningsprosjekt (SOFAC) som ser på betydningen av sosiale årsaker til sykefravær og de sykemeldtes opplevelse av å være sykemeldt. Prosjektet er delt inn i seks WPer (Work Packages) med ulike problemstillinger, mål og metoder. Men de ulike WPer relaterer seg til hverandre, samt at de ulike delene skal danne et helhetsbilde av sosiale årsaker til sykefravær.

Første del av prosjektet (WP1) fokuserer på hvordan begreper og konsepter om sykdom, sykkelighet og helse [sickness, disease and illness] kan være sosialt konstruerte, og hvorledes sosialt samspill og interaksjon kan underbygge normative oppfatninger om sykdom, sykefravær og helse. Funn fra WP1 er publisert i antologien 'Social aspects of Illness, Disease and Sickness absence' (Nordby, Rønning & Tellnes 2011).

De kvalitative undersøkelsene av sykemeldte med diagnosene psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser (WP 2 og WP 3) som presenteres i denne rapporten, skal danne grunnlag for WP 4-6 som er kvantitative studier med representative utvalg av befolkningen med de samme diagnosene, samt en holdningsundersøkelse til sykefravær i befolkningen. Målet er at forskningsprosjektet skal bidra til ny innsikt i hvordan samspillet med omgivelsene både kan fremme og hemme sykemeldinger. En bedre forståelse av disse sidene ved sykefraværspromblematikken, kan bidra til nye sykemeldingsforebyggende tiltak.

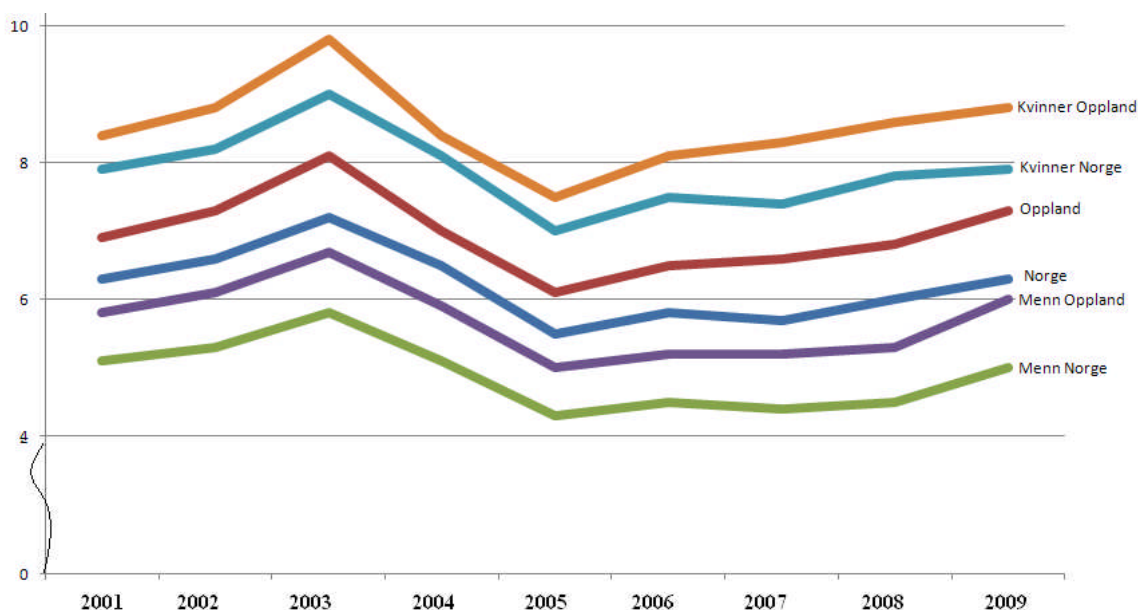
## 1.1 Kort om sykefravær i Norge og Sverige

Det totale sykefraværet i Norge har i perioden 2000-09 vært på rundt 7 prosent. Om vi ser på kjønnsforskjeller, så har kvinner opp mot 3 prosentpoeng høyere sykefravær enn menn, hhv. 9 og 6 prosent (Berge 2010). Til sammenligning var sykefraværet i Sverige rundt 5 prosent i 2007, og samme år var tallene for kvinner og menn på henholdsvis 6 prosent og 4 prosent.

Sykemeldinger gitt til personer som ikke er i stand til å arbeide pga dårlig helse. Målgruppene som er blitt forespurt om å delta i intervju i den kvalitative studien er sykemeldte som faller innunder diagnosegruppene muskel- og skjelettsykdom eller psykisk sykdom. De to valgte diagnosegruppene er de største i statistikken både i Sverige og Norge. Muskel/skjelett er størst i Norge, og psykiske lidelser er største diagnosen i Sverige.

En viktig forskjell i sykepengeordningen mellom Norge og Sverige er at i Norge gis det sykepenger fra første sykedag, mens man i Sverige har innført karensdager. Denne endringen i Sverige har ført til mindre korttidsfravær, men ikke hatt effekt på langtidsfravær. Videre gir Norge full kompensasjon for 52 uker, mens en sykemeldt person fra Sverige mottar 80 prosent kompensasjon opp til et inntektsnivå tilsvarende 307,500 SEK for maximum 364 innenfor rammen av 450 dager (Regeringens proposition 2007/08:136).

Det norske datamaterialet er innhentet fra informanter som bor i ulike kommuner i Oppland fylke. Figuren under viser sykefraværet i Oppland og i Norge i perioden 2001 til 2009. Fordelingen for menn og kvinner er gjengitt i figuren under.



Figur 1. Sykefravær i Norge og Oppland.

Kilde. SSB

Vi kan lese følgende ut av denne figuren.

- I hele perioden har Oppland høyere sykefravær enn landsgjennomsnittet: Snittet for Oppland er 7 prosent og snittet for Norge er 6,2 prosent.
- I hele perioden har kvinner gjennomgående høyere sykefravær enn menn: I Norge er snittet for kvinner 7,9 prosent og snittet for menn er 4,9 prosent, og i Oppland er snittet for kvinner 8,5 prosent og snittet for menn er 5,7 prosent.
- Sykefraværet steg fra 2001 til 2003 (toppår) og sank til 2005 (bunnår) og har deretter steget noe til 2009 (som gjennomsnittet for perioden).

## 1.2 Teoretiske perspektiver og problemstillinger

SOFAC har som utgangspunkt et sosiokulturelt perspektiv på sykdom, dvs. at vi fokuserer på at mennesket er et sosialt og kulturelt vesen. Vi har anlagt et moderat sosialkonstruktivistisk perspektiv, og prøver derfor ikke å trekke ”objektive” konklusjoner. I stedet er vi opptatt av hvordan folk forstår seg selv og sine omgivelser. Det er den sosiale konstruksjon av virkeligheten (Berger & Luckmann 1996) som er vårt felt. Folk handler ikke ut fra en objektiv forståelse av verden, men ut fra hvordan de selv forstår den. I vårt tilfelle er det folks forståelse av sin sykdom og sykefravær som er forskningsfeltet. Egenforståelsen er den ”realitet” folk handler ut fra. Og hvis mennesker oppfatter en situasjon som virkelig, så er den virkelig i sine konsekvenser (Thomas & Thomas 1928: 572). Dette utgangspunktet er bakgrunn for at vi har ønsket dybdeintervjuer med langstidsykemeldte innen de to vanligste diagnosegruppene som er muskel-skjelettlidelser og psykiske lidelser. Målsettingen er å få mer kunnskap om hvordan deres forståelse av egen situasjon, og deres interaksjon med omgivelsene, kan ha påvirket utvikling av sykdom og sykefravær.

Prosjektet er teoretisk forankret hos Antonovsky (1987; 1979) som beskriver en ”salutogenese” modell som stiller spørsmål om hva det vil si å være psykisk sunn og frisk? Hva karakteriserer sunne mennesker og hva kan de gjøre for å forbedre sin helse? Det friske og sunne mennesket er karakterisert ved en ”opplevelse av sammenheng” hvor begrepet om våre ”generelle motstandsressurser” og komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, står sentralt.

Forskningsspørsmålene i denne undersøkelsen er for det første å avdekke oppfatninger omkring årsaker til egen sykdom. For det andre er det å få frem ulike erfaringer, situasjoner og hendelser omkring det å være sykemeldt, hvordan de opplever selve rollen som sykemeldt, opplevelsen av andres holdninger til deres sykefravær og livssituasjon, og hva de gjør for å mestre sin sykdom og det å være sykemeldt.

## 1.3 Rapportens struktur

Kapittel 2 tar for seg metodiske betraktninger, inklusiv en beskrivelse av gjennomføringen av undersøkelsen. I kapittel 3 beskrives sykdomshistorier og diskuteres årsaksforklaringer. I kapittel 4 ses det på erfaringer rundt det å være sykemeldt. I siste kapittel gis en oppsummering og konkluderende merknader.



## 2 Metode

Undersøkelsen har anvendt kvalitative metoder gjennom dybdeintervjuer med hjelp av en intervjuguide som legger vekt på menings- og årsakssammenhenger. Vi har forsøkt å forstå den mening som ligger bak aktørenes handlinger i form av intensjoner, motiver, hensikter og virkelighetsfortolkninger i konkrete handlingssituasjoner. Det såkalte "nedenfraperspektivet" i denne metoden kan gi verdifull innsikt og kunnskapsbiter om fenomener som ikke egner seg for kvantitative tilnærminger (Kvale 1996).

Fordelen med en kvalitativ metodisk tilnærming er at det kan skape dybde, innsikt og en mer helhetlig forståelse av folks subjektive virkelighet. Dette er ofte kjernen i en kvalitativ og eksplorerende metode hvor svarkategoriene ikke er definert på forhånd av forskeren. Videre er dette betydningsfullt i forhold til å vurdere informantenes oppfatninger omkring egen arbeidssituasjon, private og sosiale forhold, sykdomshistorie, hverdagsliv, og mestringsstrategier, samt hva som synes å konstruere tilfriskning, eventuelt rehabilitering og/eller tilbakeføring til arbeidslivet.

Vi skal i dette kapitlet presentere vår anvendelse av grounded theory og gi en beskrivelse av gjennomføringen av studien. Under sistnevnte punkt vil vi både se på utvalget, datainnsamlingen og gi en vurdering av datas kvalitet.

### 2.1 Grounded theory

Vår studie bygger på sentrale elementer i grounded theory (GT) (Glaser 1978; Glaser 1998; Starrin, Dahlgren, Larsson, & Styrborn 1997). GT synes å være anvendbar og relevant i forhold til studiens fleksibilitet, kreativitet og målet om å eksplorere sosiale prosesser. Denne metodologien ble utviklet i et samarbeid mellom Glaser og Strauss, men en fullstendig liste over metodologiens prosedyrer ble lansert senere (Strauss og Corbin 1990).

Kjennetegn ved GT er at den har til hensikt å utvikle nye teorier og konstruere begreper på bakgrunn av de innsamlede data, (grounded) i data (Glaser and Strauss, 1967). Tanken er at ny kunnskap kan tjene til å forstå andre lignende tilfeller og med det bidra til å overføre kunnskap. Strategiene for å oppnå dette målet er at forskningen er strukturert for å oppdage sosiale og

psykososiale prosesser. I vår undersøkelse foregikk derfor datainnsamling og dataanalyse på samme tid.

Å jobbe ut fra GT innebærer for det første at en starter datainnsamlingen med så få forutbestemte oppfatninger som mulig. Det betyr at om en bruker intervju som datainnsamlingsmetode, så utarbeides en intervjuguide som bare inneholder vide temaer – ikke forhåndsdefinerte spørsmål. Tanken er at en skal følge informantens svar og tanker i størst mulig grad. Men siden dette var en undersøkelse som skulle foregå parallelt i Norge og Sverige, var det ønskelig med en viss koordinering når det gjaldt utforming av intervjuguide. I vår undersøkelse har vi definert noen temaer i intervjuguiden, men vi har ikke tatt i bruk forhåndsdefinerte kategorier i analysen.

For det andre er det et kjennetegn ved GT at utvalg av informanter ikke er fastsatt på forhånd. Forskerne bestemmer seg for hvordan de går videre etter hvert som analysearbeidet går fremover ut fra en vurdering av metning i materialet. Som vi skal gjøre nærmere rede for (i kapittel 2.2), satte utvalgsprosedyren for undersøkelsen på norsk side rammer for utvalg av informanter som vanskeliggjorde dette kravet.

Analysen som pågår parallelt med datainnsamlingen, starter med åpen koding som er et bredt søk i materialet etter begreper, utsagn og tema som er sentrale i informantens fortellinger. Deretter kommer den selektive kodingen der forskeren konsentrerer seg om de deler av materialet som belyser et begrep (kategori) som er under utvikling. Forskeren leter i data for å finne fram til så mange kjennetegn eller egenskaper som mulig. Det handler således om å avgrense kategoriene samt å påvise de ulike dimensjonene som representerer variasjonsbredden i et datamateriale.

Memoskriving som er en spesiell nedtegning av det skrevne ord (Corbin and Strauss, 2008) foregår gjennom hele prosessen og tjener som nødvendig bindeledd mellom koding og ferdig analyse (Hallberg, 2002). Nedskrivning av tanker, ideer, litteraturforslag og referater fra møter med SOFAC-gruppa har blitt benyttet systematisk. I tillegg til det skrevne ord, ble det benyttet tegning og diagrammer som tankekart for å få en større forståelse av hva studien dreide seg om.

Den utvidede forskergruppen (svenske og norske forskere i WP2 og WP3) har hatt regelmessige møter i både Norge og Sverige, samt benyttet videokonferanser. Her har vi diskutert GT med våre svenske kollegaer og fått presentert ulike teoretiske perspektiver.

## **2.2 Utvalget**

Den opprinnelige planen var å intervju 40 informanter i Norge og 40 informanter i Sverige i aldersgruppa 20-60 år, og med diagnosene muskel-skjelettlidelser og psykisk sykdom. I Norge ble undersøkelsen avgrenset til Oppland fylke og i Sverige til Värmland. En grunn for å velge disse områdene var at de ligger i nærområdet til Lillehammer og Karlstad, der forskerne som skulle gjennomføre undersøkelsen bor, og det bidro derfor til reduserte utgifter. På norsk side

valgte vi kommuner slik at de skulle være representative for fylket, og på den måten sikret vi oss informanter fra kommuner av ulik størrelse og beliggenhet.

Vi har lagt til grunn følgende kriterier for utvalget på norsk side:

- i) Menn og kvinner i aldersgruppen 20-60 år i utvalgte kommuner i Oppland fylke som var eller hadde vært syk i 30 dager eller mer og
- ii) tilhørende diagnosegruppen muskel og skjelett eller psykiske lidelser spesifisert ved ICT-koder som NAV bruker.

Informantene i Oppland ble kontaktet i tråd med Regional etisk komité (REK) sine retningslinjer. Prosedyren var slik:

- 1) NAVs avdeling for statistisk analyse trakk et utvalg av langtidssykemeldte (minst 30 dager sykemeldt) i alderen 20-60 år bosatt i ti ulike Opplandskommuner, med diagnosene muskel-skjelett (ICPC-koder: L03, L84, L02, L18, A01, L92) eller psykiske problemer (ICPC-koder: P76, P02A04).
- 2) En forsker ble sendt til Oslo for å pakke invitasjonsbrev i NAV-konvolutter. I invitasjonsbrevet var det informasjon og forespørsel om deltakelse - mottakerne ble bedt om å ta kontakt med forskerne om de var villige til å delta i undersøkelsen.
- 3) NAV-konvolutter med invitasjonsbrev ble sendt ut til 520 langtidssykemeldte:
  - 130 kvinner i alderen 20-60 år med muskel- og skjelettlidelser og som er/har vært sykemeldt i minst 30 dager
  - 130 menn i alderen 20-60 år med muskel- og skjelettlidelser og som er/har vært sykemeldt i minst 30 dager
  - 130 kvinner i alderen 20-60 år med psykisk sykdom og som er/har vært sykemeldt i minst 30 dager
  - 130 menn i alderen 20-60 år med psykisk sykdom og som er/har vært sykemeldt i minst 30 dager

Prosjektet ønsket ideelt 40 informanter fra begge land, men det lyktes ikke gjennom våre prosedyrer å skaffe så mange informanter som var villige til å delta i studien. Bare 30 nordmenn (20 kvinner og 10 menn) tok kontakt med forskerne gjennom telefon eller e-post.<sup>1</sup> Den ekstremt lave andelen som kontaktet forskerne (30 av 520, dvs. 6 prosent) henger trolig sammen med utvalgsprosedyrene. På grunn av bestemmelser fra REK og NSD måtte NAV sende ut brev med forespørsel om deltakelse i studien i en NAV-konvolutt. I brevet til informantene sto kontaktinformasjon til ØFs forskere, og det innebærer at forskerne ved ØF måtte bli kontaktet av informantene selv.

Det synes som om forskerne i Norge hadde et vanskeligere rekrutteringsarbeid enn forskerne i Sverige (se svensk nasjonalrapport). I Sverige ringte en person fra forsikringskassen opp

---

<sup>1</sup> I april/mai 2010 ble det sendt ut brev i to runder fra NAV sentralt – i alt 320 brev totalt. 20 av mottakerne meldte seg som villige til å være med i studien. Siden responsen var såpass lav, ble NAV kontaktet og bedt om å foreta en ny utvelgning av sykemeldte med de samme diagnosene og samme aldersgruppene. 200 nye brev ble sendt ut i midten av august. Dette førte til at vi fikk ti nye informanter.

informantene og spurte om de var villige til å være med i undersøkelsen. Forsikringskassen kunne så oppgi navn og telefonnummer til de som sa seg villig til å være med til de svenske forskerne. Dette viste seg å gi en helt annen uttelling i antall informanter, og av den grunn er antall informanter på norsk og svensk side noe skjevt.

I Norge ble det sendt ut brev til like mange kvinner som menn, og likt antall i hver aldersgruppe fra 20-60 år. Hvis vi sammenligner våre informanter med utvalget som brevet ble sendt til, finner vi at det er færre menn enn kvinner som har meldt seg. Vi fikk 20 kvinner i vårt utvalg som er i tråd med det vi hadde planlagt, men responsen blant menn ble lavere, og der endte vi opp med bare halvparten så mange informanter som vi hadde planlagt.

Det er også skjevheter i forhold til alder. Det er klart færre i de yngre aldersgruppene, og vi har fått minst respons fra sykemeldte i 20-årene.

Når det gjelder fordelingen på diagnoser, er det blant mennene en overvekt av informanter med psykiske plager. Blant kvinnene er begge diagnosegruppene bra representert, men det er noen flere informanter med muskel- og skjelettlidelser.

Det er vanskelig å vurdere hvorfor så få tok kontakt med ØFs forskere. En grunn er nok at mange av de sykemeldte er for syke til å delta. En annen grunn er at det i invitasjonsbrevet ble understreket at de var frivillig å delta, og når folk er sykemeldt kan mange føle at de har nok med det som de må gjøre, og at dette ble valgt bort fordi det ville være en ekstrabelastning. En tredje grunn kan være at forespørslene ble sendt ut i NAVs konvolutter. Selv om det ble understreket i brevet at undersøkelsen foregikk i regi av ØF/HIL, kan likevel noen ha oppfattet at den hadde noe med NAV å gjøre, og for de som har hatt dårlige erfaringer med NAV kan dette være en grunn til at de ikke ville delta.

Vi skal avslutte denne delen med noen vurderinger av utvalget:

- 1) Med bakgrunn i utvalgsprosedyren kan vi bare konkludere med svarene fra 30 informanter. Hvorvidt ytterligere 10 informanter ville ha ført til fyldigere og rikere data vet vi ikke. Sett ut fra et kvalitativt perspektiv, mener vi å ha fyldige og tette beskrivelser. Vi var ute etter å få frem ulike historier, erfaringer og holdninger, og dette har vi langt på vei lykket med gjennom det utvalget vi har.
- 2) Utvalget består av ti menn og tjue kvinner. Antall kvinner er i tråd med våre planer, mens vi har færre menn enn vi hadde ønsket. Vi mener å ha gode beskrivelser fra både menn og kvinner, men siden vi har bare ti menn har vi muligens ikke fanget opp variasjonen blant menn i like stor grad som blant kvinner.
- 3) Utvalget er basert på selvseleksjon. Det betyr at informantene selv aktivt har tatt kontakt med forskerne for å være med i undersøkelsen. Vi kan ikke si noe sikkert om hvordan de som ikke har tatt kontakt skiller seg ut i forhold til den gruppen vi har intervjuet. Men det var heller ikke vår hensikt at utvalget skulle være statistisk representativt. Vi var heller ute etter å finne frem til representasjoner som skulle fange opp variasjoner i



erfaringer og tilpasninger. Vi kan anta at det kreves et visst initiativ og overskudd for å ta kontakt slik at de sykeste sannsynligvis ikke er blant de som har meldt seg.

- 4) Et annet fellestrekk ved informantene var at de hadde et "budskap". Flesteparten av informantene hadde en historie eller noen erfaringer som de syntes var viktig å få formidlet. Mange var velartikulerte. De fleste fortalte villig om sine erfaringer og mange hadde synspunkter på hvordan oppfølging av sykemeldte foregikk. På denne måten kan selvseleksjon vurderes som en styrke for denne typen undersøkelser.

## 2.3 Gjennomføring av intervjuene

I samarbeid med de svenske forskerne i SOFAC ble det utviklet en felles intervjuguide (vedlegg 2) med temaer og forslag til oppfølgings spørsmål. Hovedtemaene for intervjuene var: 1) årsaker til sykemelding, 2) opplevelse og erfaringer med å gå sykemeldt; holdninger i omgivelsene, arbeidssituasjonen/arbeidsmiljø, forhold til ledelse og kolleger; familie og nærmiljø; hjelpeapparatet og 3) framtidsplaner.

Intervjuguiden kan karakteriseres som åpen guide, da man helst ønsket at informantene selv skulle bestemme hvilke tema og emner som opptar de innenfor rammen av guiden. I intervjusituasjonen har vi brukt oppfølgings spørsmål for å hjelpe informanten til å gå i dybden. Dette var spørsmål som: "Kan du utdype det du sa om? Hva mer har det betydd for deg? På hvilken måte har det hatt betydning for deg? Kan du komme med noen eksempler på hvilken betydning det har hatt for deg å være sykemeldt?" Denne måten å gå i dybden på gjør at vi kommer lenger og lenger inn til kjernen av hva det dreier seg om.

De fleste av intervjuene ble foretatt i ØFs lokaler eller på ulike møterom på offentlige steder, f.eks. lånte vi et møterom på et bibliotek til flere intervjuer. Noen av informantene foretrakk at vi kom hjem til dem, og noen få av intervjuene ble foretatt på kafeer eller lignende i distriktkommuner. Informantene kunne selv velge hvor de ville at intervjuet skulle foretas.

Samtlige informanter måtte skrive under på samtykkeerklæringer. Forskerne hadde også med seg informasjonsskriv dersom noen ønsket å repetere hva som var hensikten med prosjektet. I tråd med GT har vi forsøkt å møte våre informanter på en åpen måte uten forutinntatte holdninger til dem eller til temaet som skal studeres, spesielt det å være oppmerksom på egne holdninger til det som studeres, og hvordan samspillet er mellom intervjuer og informant, bla. den som ofte blir referert til som forskningseffekten (Hammersley & Atkinson 2000). Det ble brukt lydopptaker under intervjuene, og disse ble transkribert i etterkant.

Intervjuene varte i 1-2 timer. Informantene delte sjenerøst sine historier med oss. Flere ga uttrykk for at de syntes det var viktig at vi tok opp dette temaet. Noen hadde gjort erfaringer som de syntes var viktig å få formidlet, og for disse ble intervjuundersøkelsen en anledning til å fortelle sin historie. Etter at intervjuet var ferdig, ble informantene spurt om vi kunne få anledning til å ta kontakt igjen for supplerende opplysninger. Alle var positive til dette, og flere

ga eksplisitt uttrykk for at de syntes det hadde vært godt å få pratet om disse tingene for det var ikke så ofte de snakket om det på denne måten.

## 2.4 Analyse og presentasjon av datamaterialet

Etter at det enkelte intervju var gjennomført, skrev vi memo om det viktigste som hadde kommet frem i intervjuet. Vi hørte også hele intervjuet gjennom og stilte spørsmål om hva dataene dreide seg om. På denne måten fikk vi et helhetsinntrykk av hva det hele handlet om. Intervjuene ble transkribert, og vi gikk gjennom det transkriberte datamaterialet på jakt etter gjentagende mønstre og tendenser. Deretter ble viktige ord, setninger eller avsnitt merket og selektert som ”typiske” og illustrerbare for våre tolkninger av data (åpen koding)

Det (avsnitt og setninger) som ble merket ble satt sammen og kodet. Hver kategori utviklet subkategorier. På denne måten kunne vi generere et helhetlig bilde av de ulike prosesser og endringer av sosiale årsaker til sykefravær som hadde utviklet seg over tid for både menn og kvinner i ulike faser i livet, bl.a. illustrert gjennom sitater i teksten. Når det gjelder opplevelsen av å være sykemeldt, har vi ikke i dette notatet sett på forskjeller mellom de med psykiske lidelser og muskel-og skjelettlidelser. Under dette temaet blir derfor gruppen behandlet under ett. Dette har vi gjort fordi det på noen punkter er liten forskjell mellom de to diagnosegruppene. Dessuten er det noen av informantene som har dobbeltdiagnose. Men vi vil gå nærmere inn på forskjellen mellom diagnosegruppene i senere analyser av materialet.

I informasjonsbrevet sto det at materialet skulle behandles konfidensielt og bli anonymisert. Noen få var veldig opptatt av at de nå hadde fortalt ting som de var veldig redd skulle komme ut. Andre hadde den motsatte innstillingen. De ønsket å få frem sin historie, og ville gjerne at sin sak skulle brukes som case, og de kunne gjerne stå frem i fullt navn. I presentasjonen av materialet har vi brukt sitater for å få frem meningsinnholdet i informantenes erfaringer og beskrivelser. Men vi har anonymisert materialet ved å gjøre symbolske endringer knyttet til informantenes identitet ved at alle informantene er gitt fiktive navn, vi har utelatt eller endret stedsnavn, utelatt eller endret deres yrkesbetegnelser. Vi har endret på andre kjennetegn ved informantene som alder på barn etc., og vi har gitt informantene forskjellige navn i de ulike kapitlene slik at det ikke er mulig å koble sitatene til enkeltpersoner. På denne måten mener vi at det ikke er mulig å identifisere sitatene selv om noen informanter ga uttrykk for at det var greit.

## 2.5 Vurdering av datamaterialet

Validitet handler om å stille spørsmål til kunnskapens gyldighet, og å vurdere hvorvidt en undersøkelsen virkelig måler det den har til hensikt å måle. Hvordan validitet defineres er avhengig av vitenskapsteoretisk ståsted. Forskere med et positivistisk utgangspunkt har en

forståelse av at det er en objektiv virkelighet der ute som de skal fanges opp gjennom f.eks. intervjuer. Validiteten blir her et spørsmål om man har klart å fange opp denne virkeligheten på en nøyaktig og fullstendig måte (Hammersley 1987). Innenfor et sosialkonstruktivistisk ståsted jobber en derimot ut fra en forståelse av at individet kontinuerlig skaper sin forståelse av virkeligheten i interaksjon med omgivelsene. Her ser en på individer som aktive subjekter, og derfor vil deres erfaringer være preget av konteksten. Validiteten går ikke her på om dataene har fanget opp respondentenes meninger på en så presis måte som mulig, men handler heller om dataene formidler de spesielle sosiale realiteter og erfaringer i termer som er meningsfulle (Holstein og Gubrium 2004).

Siden vi har et sosialkonstruktivistisk perspektiv på vår studie, er det bare det siste validitetskriteriet som er relevant: å fange opp respondentenes meninger. Formålet var ikke å få frem nøyaktige og statiske meninger til informantene. Det primære var å ha fokus på hvordan informantene snakket om sine erfaringer i relasjon til konkrete hendelser og ut fra sin sosiale setting. Over tid vil de sosiale omgivelsene og relasjonene de inngår i kunne være i endring, og disse endringene vil da kunne påvirke den prosessen de har gått gjennom med hensyn til sykdomsutvikling og deres opplevelse av å være sykemeldt. Validiteten her handler om i hvilken grad dataene meddeler situerte realiteter og beskriver den sosiale konteksten som informantene stod i når de gjorde sine erfaringer.

Et av målene med kvalitative studier er å få deltagerne til å formidle innholdsrike livsberetninger, og kunsten er å samle inn gyldige data på en valid og troverdig måte. Mishler (1986) hevder at det å produsere en historie, altså dataene som skal danne grunnlaget for forskningen og/eller prosjektet, sier mye om relasjonen mellom intervjuer og deltager og hvorvidt den interaktive og dynamiske intervjusituasjonen kan utvikle seg til felles produksjon av historier. I kvalitative studier har det blitt mer vanlig å benytte separate betegnelser for datas kvalitet; d.v.s. troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Thagaard 2003).

Troverdigheten sier noe om forskningen utføres på en tillitsvekkende måte. Dette handler særlig om å reflektere rundt forskningssituasjonen og relasjonen mellom forsker og informant. Herunder kan man vurdere faktorer som alder, kjønn, sosial bakgrunn, språk og øvrige personlige karakteristika som kan influere eller påvirke datainnsamlingen og analysen. I ulike intervjusituasjoner kan det mange ganger være vanskelig å få motivert eller løsnet på fortellertrangen hos deltakerne, og det kan ta tid å vinne deres tillit, spesielt i forhold til sensitive, private emner og områder som sykdom og helse. Ved vår datainnsamling kan det ses som en svakhet at vi var to forskere som intervjuet forskjellige informanter, da datas kvalitet kan være påvirket av hvem som foretok intervjuene. I denne settingen har vi som forskerne vært kvinner i femtiårene med høy akademisk bakgrunn, og møtt menn og kvinner i ulike aldre og med ulik sosial bakgrunn. Vi har forsøkt å være bevisste på hvordan vår posisjon og rolle kan ha influert på informantenes villighet og evne til å åpne seg. Dess større avstand mellom forsker og informant, for eksempel ung mann med lav utdanning, dess viktigere har det vært å reflektere over hva slags betydning ens egen forsker-rolle har hatt på informantens evne til åpenhet og verbalitet.

Vi mener for øvrig at troverdigheten er styrket ved at vi har vært to forskere som har diskutert inntrykk og opplevelser fra intervjuene underveis. Som erfarne forskere har vi prøvd å forstå informantenes situasjon, og vårt inntrykk er at de som har sagt seg villige til å delta i denne undersøkelsen har i utgangspunktet vært meddelsomme, og som tidligere nevnt hatt en agenda, en historie de ønsker å dele med oss. På den måten kan forskerens personlighet og kjønn tre noe i bakgrunnen, fordi det er personen som lytter og er tilstedeværende for informanten som synes å være viktigst. Slik sett er det både fordeler og ulemper ved at vi har vært to forskere som har intervjuet informantene.

Når det gjelder selve intervjusituasjonen, så har informantene selv fått velge sted og tidspunkt for intervjuet, slik at de skulle føre seg mest mulig frie, trygge og avslappet. Intervjuene ble foretatt på forskjellige steder som hjemme, ØF-kontoret, møterom på bibliotek og kafeer. Vi har ikke inntrykk av at selve stedet for intervjuene har hatt nevneverdig innflytelse på interaksjonen mellom forsker og informant, og flyten i kommunikasjonen. Dersom vi ser på sammenheng mellom gode dialoger og flyt i intervjusituasjonen og sted, så synes dette å være noe uavhengig av stedet der intervjuet ble foretatt. M.a.o. dersom dialogene var gode, kunne dette være både hjemme eller på et offentlig sted. Totalt sett kan vi si at informantenes verbalitet varierte en god del, noe som er svært vanlig i kvalitative studier (Hammersley & Atkinson 2000; Thagaard 2003; Ritchie & Lewis 2003; Smith 2003). Noen var i utgangspunktet ordrike, mens andre var ordknappe. Uansett har det vært viktig å respektere informantens integritet, slik at vi har vært bevisste på å ha en lyttende holdning hvor oppmerksomheten har vært fullt og helt rettet mot informantenes fortellinger (Thagaard 2003).

Vi har også forsøkt å være tro mot dataene ved å la informantenes stemmer komme fram illustrert ved sitater, slik at det ikke skal være noen tvil om hva som er primærdata og hva som er våre (forskernes) egne vurderinger. Videre så har vi forsøkt å lage en intervjuguide med temaer som vi mener burde fange opp sosiale årsaker til sykefravær på best mulig måte. Og i intervjuene har vi prøvd å følge opp informantenes sykefraværshistorier for å få en dypere forståelse for sammenhengene i deres erfaringer.

Bekreftbarhet er knyttet til vurderinger av de tolkninger undersøkelsen fører til (Thagaard 2003). Til tross for at vi har vært to forskere som har samlet inn data noe som kan ha innvirket på forskningseffekten, har vi forsøkt å tolke dataene underveis i lys av hverandres funn, samtidig som vi har forsøkt å redegjøre for prosjektets framgangsmåte. Vi vil også forsøke å se våre funn i lys av annen forskning og teoretiske forankring gjennom publisering i vitenskapelige tidsskrifter. På den måten styrkes studiens overførbarhet, og belyser hvorvidt våre tolkninger også kan gjelde i andre sammenhenger (Thagaard 2003). Våre funn har også dannet grunnlag for prosjektets kvantitative undersøkelse i 2011-2012.

Datas kvalitet kan også diskuteres i form av metning, dvs. at noe uttrykkes helt og fullt, og dette er ofte beskrevet som 'rich descriptions' i metodelitteraturen (Morse 1995; Snape & Spencer 2003; Ritchie & Lewis 2003; Smith 2003). Dette sees ofte i sammenheng med antall intervjuer i kvalitative studier; d.v.s. at man intervjuer en person og/eller et utvalg inntil det ikke er noen nye funn eller ytterligere observasjoner som kan gjøres. Flere hevder at det ikke er mulig å gjøre kvalitative, mettede intervjuer gjennom kun ett intervju pr. informant. Dette begrunnes i at det kan være vanskelig å forstå komplekse, sosiale fenomener som sykdom og helse ved ett

intervju. Det å bygge opp et gjensidig og tillitsfullt forhold til hver informant vil trenge flere intervjuer pr. informant som da kan gi rike (mettede) data og/eller beskrivelser av gitte livssituasjoner i ulike faser.

Dette prosjektet har av ressursmessige grunner ikke hatt muligheter til å gjennomføre flere dybdeintervjuer pr. informant. Vi har likevel forsøkt å stille spørsmål til de valg som gjøres under hele forskningsprosessen. Dette har hjulpet oss til å se begrensninger og svakheter i de ulike fasene under studiens gang. Målet er innsikt og forståelse og vår oppgave som forskere har vært å fange opp dette gjennom hele forskningsprosessen. Altheide og Johnson (1994) hevder at forskere burde reflektere over i hvilken kontekst og livssituasjon deltakerne befinner seg i når de skal forsøke å forklare og beskrive prosesser, signifikante livshendelser og avgjørelser de har tatt som har påvirket deres subjektive livsverdener. I vårt prosjekt har vi fokusert på viktigheten av å forstå deltakernes ulike livsverdener, og vi har ikke oppfattet noen tegn eller mistanke om at informantene ikke har kommet med ærlige og rederlige svar som belyser deres livssituasjon. Vår ambisjon er på best mulig måte å bidra til å skape en helhetlig forståelse av sosiale årsaker til sykefravær grunnet i gitte data som er til å stole på.



### 3 Sykdomshistorier og årsaksforklaringer

Vi ser som kjent på diagnosegruppene psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser. I noen tilfeller er dette akutte sykdomstilstander som oppstår plutselig og har en klar årsakssammenheng. I andre tilfeller utvikles plagene over tid, og det kan være vanskelig å finne konkrete årsaker. Det kan også være diffuse plager som ikke alltid er like lett å diagnostisere, og det kan være vanskelig å finne den riktige behandlingen. I en del tilfeller vil det også kunne være en overlapp mellom de to diagnosegruppene, f.eks. vil muskel- og skjelettsmerter over tid kunne gi angst eller depresjon, og muligens vil påvirkningen også kunne gå andre veien.

I undersøkelsen fokuserer vi på sosiale årsaker til sykemelding og hvilke prosesser som har bidratt til utvikling av sykdommen. Vi er således ikke bare opptatt av å finne ut hva som er utløsende årsaker til den siste sykemeldingen. For folk med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser vil det kunne være en spesiell hendelse som utløser en konkret sykemelding. Men for manges vedkommende vil det være bakenforliggende årsaker til at de har utviklet disse lidelsene, og at de også er sårbare for sykemeldinger. Vi er ute etter å få en dypere forståelse for hva som ligger bak sykdomshistoriene deres, og vi vil forsøke å finne ut hvilke hendelser og prosesser som har ført til at de har utviklet sykdom og blitt langtidssykemeldt.

Mange av informantene hadde en lang sykdoms- og sykefraværshistorie. Disse hadde vært sykemeldt i kortere eller lengre perioder over flere år. Et par av informantene hadde vært uføretrygdet – en i syv og en annen i fire år, men de hadde kjempet seg tilbake til arbeidslivet. Vi møter informantene på et tidspunkt der noen har vært sykemeldt over en lengre periode, andre i kortere perioder, noen er sykemeldt på heltid, andre på deltid. Alle uttrykker et ønske om å fortsette i arbeidslivet, men noen får tenke seg at det er realistisk med delvis uførepensjon. Bak mange av sykehistoriene ligger det ofte komplekse årsaker og lange nedbrytingsprosesser. Folk lever sine liv på ulike arenaer - arbeid, fritid, privatlivet/familien og samspillet mellom disse arenaene er ofte komplekse, tette og sårbare. Vårt utgangspunkt er at utvikling av sykdom må sees i lys av det livet og de relasjonene de står i på disse arenaene.

I dette kapitlet presenteres først noen kjennetegn ved utvalget. Deretter gis en presentasjon av informantenes beskrivelser av sine sykdomshistorier og de prosessene som ligger bak deres sykdom og sykefravær.

### 3.1 Presentasjon av utvalget

Oversikten under viser at de mannlige informantene er fra 30-60 år: to i 30-åra, fem i 40-åra og tre i 50-åra. Blant de kvinnelige informantene har vi en opphoping i 50-åra (syv kvinner) og i 40-åra (åtte kvinner). Men vi har også med tre som er i 30-åra og to i 20-åra.

<i>Alder</i>	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	Totalt
Menn	0	1	1	4	1	0	3	10
Kvinner	2	1	2	5	3	4	3	20

Blant mennene er det en overhyppighet av personer med psykiske lidelser. Blant kvinnene er det en relativt lik fordeling mellom de to diagnosegruppene. Vi har klassifisert disse informantene utfra den diagnosen de selv oppgir å ha på intervjuetidspunktet, men mange av informantene har en lang sykehistorie, og over tid har de vekslet mellom flere diagnoser. Dette kan være et utgangspunkt for refleksjon om sammenhengen mellom de to diagnosene.

<i>Diagnose</i>	Psyk.lidelser	Muskel/skjelettlidelser	Totalt
Menn	7	3	10
Kvinner	9	11	20

Oversikten nedenfor viser at det blant de kvinnelige informantene er en overvekt av kvinner som har utdanning på høyskole og universitetsnivå. Blant mennene er det en relativt jevn fordeling mellom de ulike utdanningsgruppene.

<i>Utdanning</i>	Grunnutd.	Yrkesutd.	Høyere utd.	Totalt
Menn	3	3	4	10
Kvinner	4	4	12	20

I det følgende skal vi først presentere kvinnenenes sykdomshistorier og årsakene til deres sykdomsutvikling, og deretter går vi inn på mennenes historier. I fremstillingen skiller vi mellom nedbrytingsprosessene til de som har psykiske lidelser og de som har muskel-skjelettplager selv om noen over tid har hatt begge diagnosene, og det av og til kan være vanskelig å skille mellom hva som påvirket utvikling av de ulike typer plager.

### 3.2 Kvinners sykdomshistorier og årsakssammenhenger

#### 3.2.1 Nedbrytingsprosesser hos kvinner med psykiske lidelser

Kvinnene beskriver sine sykefraværshistorier som noe mer komplekse og langvarige enn menn. Ofte dreier det seg om konkrete hendelser eller påkjenninger som har vart over tid, og som har vært sykdomsfremkallende, Vi kan i noen tilfeller skille mellom utløsende årsaker til det



aktuelle sykefraværet og mer bakenforliggende årsaker siden flere av kvinnene trekker tråder tilbake til barndom og oppvekst for å forklare sykdomsutviklingen. Vi skal i det følgende gå nærmere inn på hvordan slike livsbelastninger kommer til uttrykk.

### **Livsbelastninger knyttet til oppvekstmiljø**

Med livsbelastninger mener vi her påkjenninger som har ført til nedbrytingsprosesser i forhold til egen helse, og som har hatt innvirkning på deres livskvalitet og evne til å delta i arbeidslivet. Kvinnene forteller om livsbelastninger som ofte er knyttet til oppvekstmiljø og sosiale relasjoner til sine nærmeste. Det kan være blant annet rusmisbruk, familiekonflikter, omsorgssvikt, manglende anerkjennelse og oppmerksomhet. Hanne er et eksempel på ei kvinne som 'møtte veggen' brått og uventet, og som tillegger sine problemer opplevelser i oppveksten:

*Det kom veldig brått, jeg møtte plutselig veggen, også klarte jeg ikke å gå på jobb...det kom som et sjokk...og skamfølelsen, ironisk nok så har en av arbeidsoppgavene mine vært å følge opp sjukmeldte, så det var veldig mye lærepenger i det da...Årsaken til min depresjon ...en far som ikke var god...selvbilde og selvtilliten min ble helt fjernet...når jeg ble sykemeldt så...var jeg ingen ting ...det ble helt borte...det du gjør det er du jo...jeg måtte begynne helt på skrætsj og begynne å samle opp tråder...det var helt skummelt altså...et vanvittig stup...det var helt forferdelig.*

Et annet eksempel her er Berit som mistet en liten sønn da han var bare noen måneder gammel for mer enn et tiår siden. Dette førte Berit ut i et dårlig miljø. Hun hevder at denne hendelsen i tillegg til tidligere livsbelastninger kan være utløsende årsak til angst- og depresjonsdiagnosen. Hun uttrykker seg slik:

*Etter det med sønnen mi, så havna jeg i veldig dårlig miljø i xxx, og fant ut at hvis jeg skulle ha noen forhåpninger å komme bort fra det miljøet jeg havna i, så måtte jeg komme meg bort., ..jeg kjenner flere som ble igjen, og driver fortsatt med det (narkotika)..jeg har prøvd det meste, men mest hasj...det hjalp meg å sove...og jeg var xx år, og det var ingen som tok tak i meg...mine foreldre skjønte det ikke, mor ble alkoholiker når hun kom i overgangsalderen, far var veldig gammel, og håpløs egentlig...*

I voksen alder kan belastende livshendelser i familien eller knyttet til arbeidssituasjonen føre til at folk får problemer med å takle hverdagen. Hvor robust den enkelte er til å takle slike livshendelser kan ha sammenheng med erfaringer den enkelte har gjort tidligere i livet. De som blir utsatt for slike påkjenninger, har ofte kjempet med psykiske problemer over lengre tid, og deres problemer har virket inn på hvordan de har taklet utfordringer i livet. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom måten de møter utfordringer med egne barn.

Susanne har 'vondter' i hele kroppen, og er blitt diagnostisert med en muskel- og skjelettlidelse, men har også vært en del deprimert under oppveksten og den senere tid. Hun føler at mye av hennes sykdomsbilde skyldes manglende anerkjennelse og oppmuntring fra sin egen mor både under oppveksten og i voksenlivet. I dag hevder hun at de har et dårlig forhold, og sier at hun tror selvbildet hennes har blitt ødelagt av en kritiserende mor:

*Jeg har vært veldig sånnat jeg skulle prestere og være selvbilde og alt...flink jente syndrom har jeg hatt. Det har jeg skjønt etter at jeg har gått til henne på psykomotorisk behandling så har jeg vært det for å overbevise det overfor min mor at jeg ikke er så dårlig som hun har sagt... Da jeg var jente så skulle jeg være like flink som søsteren min i alle fall. Så likte jeg best å jobbe ute, vi hadde et lite småbruk, så jeg var ikke noe flink, jeg var ikke noe, jeg var sikkert oppsetsig jeg har vært det tror jeg. Men jeg skulle være flink jeg skulle gjøre tungt arbeid og ting som jeg kanskje ikke tålte. Jeg var mye med i fjøset og på jordene og..*

Gro hevdet at hennes sykehistorie var veldig innfløkt med mange årsaker, og at det 'til sjuende og sist gjorde at det ble "for mye". Med omsorg for små barn, jobb, foreldre som ble skilt og et noe dårlig forhold til sin ektemann sier hun at "det ballet bare på seg med alt liksom og jeg fikk aldri tatt tak i noe, og til sist ble det bare stopp rett og slett". Gro sier videre at noe av hennes problemer trolig henger sammen med et dårlig forhold til foreldrene under oppveksten og utvikling av dårlig selvtillit og det sjelden kunne få lov til å vise svakhet:

*Dette at du skal være sterk, du skal ikke si noe. Om du ikke har det bra, så skal du i alle fall late som at du har det bra. Det stammer nok mye fra oppvekst og dårlig selvtillit har jeg nok hatt med meg fra oppveksten. Moren min har vært mye negativ. Så det ligger mye som har forsterket seg de siste årene som er med helt i fra starten da. Mye sånn negativitet og kritikk og ikke føle seg sånn, at det du gjør det er ikke bra nok. Så en del av det har nok forsterket seg de siste par årene og som jeg nå må ta tak i og jobbe med fremover. Ha det sånn bra med meg selv og ha et noenlunde forhold spesielt til a mamma da.*

Cecilie er et eksempel på en kvinne med ei lang sykefraværshistorie. Starten kan skrives tilbake til datterens fødsel da de var bosatt på et nytt sted med lite nettverk. Mannen var sjelden hjemme, heller ikke i forbindelse med fødselen og i tiden etter hadde hun fødselsdepresjon:

*Jeg husker nesten ingen ting av første året hun levde. Men jeg turde ikke oppsøke hjelp for jeg var redd de skulle ta henne fra meg. Jeg tror at viss jeg opplevde noe slikt nå så hadde jeg løpt til nærmeste helsestasjon og sikkert fått hjelp, men jeg turde ikke da.*

Noen år senere fikk hun en ny knekk. Hun beskriver det som at hun da møtte veggen totalt fysisk og psykisk. Hun var veldig deprimert og det har hun vært i perioder senere også. Nå forstår hun sine psykiske problemer blant annet som en konsekvens av relasjonen til foreldrene og forventningene de stilte om å være flink og sterk og ofre seg for andre:

*Jeg tenker at jeg har hatt det egentlig siden jeg var liten. Men at det er visse ting som har utløst de tendensene hos meg – sånne spesielle livssituasjoner som når man får barn og har en veldig vanskelig ekteskapsituasjon som har gjort at det ble verre og som har gjort at jeg har hatt det vanskelig.*

Disse kvinnene knytter de bakenforliggende årsakene til sine psykiske problemer til forhold i oppvekstmiljøet. Problematisk hendelser og sosiale relasjoner til nære personer har gjort kvinnene mindre robuste til å takle utfordringer senere i livet. Men de utløsende årsakene er ofte at totalbelastninga av stort ansvar og stor total arbeidsbelastning kombinert med relasjonelle konflikter og manglende støtte slik tilfellet var med Gro og Cecilie. Ofte er det her kvinner som

har hovedansvar eller aleneansvar for barn, og som får psykiske problemer på grunn av at de ikke takler alle forventningene og arbeidsbyrden. Et trekk ved disse kvinnene er dessuten at de har flink-pike syndrom som gjør at de ikke setter nødvendige grenser i forhold til egne ressurser. De strekker seg for å leve opp til andres forventninger og venter i det lengste med å spørre om hjelp eller avlastning.

### ***Tunge omsorgsbelastninger***

For noen av informantene har livet bestått av ulike personlige kriser som følge av at ens nærmeste har hatt store problemer. Det kan være alvorlig syke barn, barn som har stoffproblemer eller barn som er seksuelt misbrukt, og i noen tilfelle er det gamle foreldre. Ofte er dette livsbelastninger de lever med over tid, og det kan være spesielle hendelser eller fysisk og psykisk slitasje over et lengre tidsrom som utløser sykefraværet.

Ragna fikk en angstpreget depresjonsdiagnose og sier at hun trenger mye hvile. Sin sykehistorie relaterer hun tilbake til et vanskelig ekteskap og problemfylt arveoppgjør. I tillegg har hun hatt svært syke barn og en jobbkonflikt:

*Det var en ganske vanskelig mann jeg var gift med, som straffet sønnen min på en måte når han ikke kunne få meg når jeg gikk ut av ekteskapet, så det er en av grunnene til at han ble helt utslitt ... men nå er han bedre og har begynt på utdanning..han er 29 år, han bodde her i 2.etg da det var på det verste, og da passet jeg på han og gav han mat, for han lå jo bare og sov...ellers har jeg en datter som har sliti følt psykisk, og hun legger mye i faren og den kontrollerende oppveksten.. hun flyttet til meg...også går det helt til helvete etter sommerferien, ... hun har brukt noe hasj, ...er veldig deprimert...hun er medisineret,. så hun har kommet ut av psykosen, men er veldig skjør ...*

Et annet eksempel er ei kvinne som har hatt en sønn som har vært heroinavhengig i tretten år, og en samboer som hadde en datter som også utviklet stoffproblemer og store psykiske problemer over tid, og døde etter en overdose. Agnes beskriver slik hvordan ho opplevde sin rolle i familien:

*Noen måtte da holde liminga, så jeg gikk på akkord med meg selv da... måtte ta hensyn til samboeren min .. og så var det sønnen som slet med heroin. Det har blitt sånn dette livet mitt at jeg ikke har kunnet ta hensyn til det selv om noen hadde sagt at nå burde du tatt deg en pause. Jeg har bare kjørt på.*

Denne kvinnen har holdt seg i jobb i alle årene dette har stått på. Hennes helseproblemer begynte med en vond skulder, i dag er det smerter flere steder i kroppen, men i tillegg har ho depresjonsdiagnose.

En annen kvinne er skilt og har etablert seg med familie på nytt sted, mens mannen som bor på en annen kant av landet hadde foreldreansvar for deres tre barn. Men så viste det seg at han hadde misbrukt barna:

*...jeg har tre barn som flyttet hit for et år siden, og grunnen til det var at de ble misbrukt, altså seksuelle overgrep fra faren sin... så derfor er jeg sykemeldt så lenge, så det ligger litt på sånne ting også... Det er under etterforskning, og jeg er egentlig veldig skuffet, siden det tar så lang tid... Barn trenger mye oppfølging, og jeg har barnevernet rundt meg.. særlig den yngste sliter med språket sitt...ja det er en del psykiske belastninger...*

Sara hevder at hennes depresjon er klart relatert til at hennes sønn var blitt seksuelt misbrukt i flere år. Idag er Sara full av bitterhet og hat mot denne mannen som har forbrutt seg på hennes sønn. Omsorgsbelastningene har vært så store at dette har gått utover familiens funksjonsevne og tilpasning. Barna har forøvrig ingen kontakt med far. Sara hevder at årsakene til hennes sykemelding er veldig konkret:

*Da jeg gikk i sykemelding, da lå faren min på dødsleie, og jeg knakk sammen psykisk, ...fikk beskjed på (samme tid) av skolen at sønnen min gikk med selvmordstanker, og vi har slitt i mange år med han, men vi har ikke klart å finne ut hva det er...selvskading, masse psykiske problemer, og ...det kom fram at han var seksuelt misbrukt fra han var 7-12 år....mye trusler i bildet og at han (overgriperen) kommer til å ta livet av meg hvis han fortalte det ...*

Sara beretter videre at " Vi er fire som er dødsdeprimerte av dette..." Hun er energiløs, sover ikke om nettene og føler at hun går i stadig kroppslig beredskap.

### **3.2.2 Nedbrytingsprosesser bak utvikling av muskel- skjelettlidelser hos kvinner**

Muskel- og skjelettplager kan være forskjellige typer plager. Noen har diagnosen fibromyalgi , andre beskriver sine plager som prolaps, revmatisme, muskelvondt eller generelle ryggplager. Ofte er det plager som har utviklet seg over tid. I perioder har de vært bra, men de har fått plagene igjen, og ofte med forsterket styrke. Årsakene til plagene er sammensatte. Men i noen tilfeller sier kvinnene at plagene har klare sammenhenger med arbeidssituasjonen eller påkjenninger i privatlivet, og hos noen er det totalbelastningen i en fase av livet som har vært for stor og ført til utvikling av muskel- skjelettplager.

#### ***Belastninger og krav i arbeidslivet***

Blant omsorgsarbeiderne (sykepleiere og hjelpepleiere) blir ofte tunge løft og hardt arbeidspress over tid trukket frem som sykdomsfremkallende. Spesielt kan arbeid ved sykehjem innebære tunge tak som kan føre til skader på rygg og skuldre. En av informantene som hadde hatt jobb som hjelpepleier ved et sykehjem i mange år, fortalte om en hendelse der det smalt i skuldra en dag ho hadde det travelt og hadde med seg en på opplæring.

Andre forklarer plagene med slitasje over tid. Disse har ikke noen spesifikk forklaring på hvorfor de har blitt sykemeldt, annet enn at kroppen har sviktet gjennom arbeidsbelastninger, ensidig og tungt arbeid i pleie- og omsorgssektoren. Torill mener prolaps i ryggen kommer fra en slitasje hun har fått etter mange år med tungt arbeid med pasienter på sykehjemmet:

*Det har vært ryggen, og i 2006 fikk jeg en prolaps...slitasje i leddene nedover, og jeg må leve med den ryggen jeg har...og slik som det er startet jeg i 40% nå, så hvis alt går bra så begynner jeg i 100% etter ferien, så får vi se om ryggen min holder.. men, nå er jeg så heldig at jeg har*

*fått jobb i hjemmesykepleien og vi har de friskeste hos oss, men mye tilsyn..det tyngste jeg har nå er dusjing, så får jeg bare ta kontakt med arbeidsplassen hvis ikke det skulle gå bra.*

Hilde sier at mange arbeidsoppgaver og store krav på arbeidsplassen har medført at de fysiske plagene har forverret seg, og at det ikke alltid er lett å sette grenser for seg selv i en arbeidssituasjon hvor hun har ansvar alene for å få gjennomført en del av oppgavene:

*Nei, jeg har jo tenkt, jeg har jo likt meg, jeg synes jeg har hatt et veldig godt arbeidsmiljø, jeg har lært veldig mye og jeg har gledet meg hver dag til å gå på jobb. Det er klart at det er veldig hektisk, så jeg ser at når det har vært for mange arbeidsoppgaver i perioder, så forverrer jo hodet, nakke seg. Blir mer stiv og får liksom ikke strekt ut ordentlig i løpet av arbeidsdagen, så det knyter seg litt og når det går over for lange perioder så forverrer det de her plagene, så det er jo en utfordring å sette grenser.. Vi har jo et arbeidsmiljø med arbeidskolleger, men når jeg gjør jobben min, så er jeg jo alene. ...Så du tynner deg nok i det lengste.*

Servicearbeidernes arbeidssituasjon fremkaller litt andre utfordringer. Marte mente at hun hadde fått vondt i nakke og skuldre av å ha stillesittende, statisk arbeid gjennom mange år, samt at hun har arbeidet mye med hendene på fritiden med strikking og brodering:

*...jeg har vært plaget med nakke og skuldresmerter i 14 år tenker jeg... Jeg har sittet med armene fremover i snart 40 år. For det er det jeg har gjort. Både med jobb pluss at jeg har sittet veldig mye med håndarbeid i tillegg. Så det blir veldig mye statisk.*

Blant de som jobber som konsulenter eller pedagoger, gikk også belastningene på stort arbeidspress over tid, grenseløse jobber – krav og forventninger om å være tilgjengelig også utover arbeidstid. En av disse forteller:

*Vi sier det ikke direkte, men gir uttrykk for at de kan ringe viss de opplever det som veldig viktig. Kanskje er det nettopp det de trenger der og da – å vite at vi kan gi de noe ekstra som de ikke kan få andre steder. Samtidig gir det meg mye uro. Jeg trives ikke med det, men på jobben ser det ut til at folk tar det veldig forskjellig. For noen er det helt greit å få SMSer fra folk de jobber med på søndag. Jeg syns ikke noe om det. Jeg liker det ikke.*

Det å være tilgjengelig hele døgnet for en ansatt, kan skape følelser av utilstrekkelighet og høye krav fra arbeidsgiver, og liten kontroll over arbeidssituasjonen synes å gi redusert helse. Misfornøydhet over arbeidsprestasjoner kan i mange tilfeller også føre til lav selvtillit og maktesløshet hos ansatte.

En annen type jobb for konsulenter er de som har hjemmekontor og har en svært selvstendig arbeidssituasjon. Dette medfører spesielle utfordringer. En av disse er å ta de nødvendige pauser, sørge for god sittestilling og avgrense tida foran PCen. Ikke alle blir oppmerksom på slike faktorer før de har pådratt seg alvorlige nakke og ryggplager.

Men blant kvinnene som har jobber som konsulenter/pedagoger, nevnes også arbeidskonflikter og arbeidsmiljøproblemer som en belastning som har påvirket deres helse og medvirket til

sykemelding. Et eksempel her er Anne som opplevde at arbeidsplassen ikke tok hensyn til at hun ble 50% sykemeldt, men fortsatte å gi henne arbeidsoppgaver tilsvarende full stilling:

*...Hun (sjefen) er vel slik at så lenge du gjør jobben din så sier hun ingen ting...hun er veldig anonym. Greit det, så jeg gjør jobben min og jeg gjør det jeg vil. Jeg har jo veldig mye ansvar og minuset nå er jo at i fjor høst så hadde jeg jo vært sykemeldt på 50% så lenge, og det så ikke ut til å bli noen bedring i og med at arbeidsplassen ikke tok noen hensyn kan du si, jeg sitter jo fortsatt med oppgaver til 100% stilling for det ble ikke leid inn noen.*

### **Totalbelastninger**

Noen har jobber som krever sterk tilstedeværelse og overskudd. Viss dette er kombinert med en vanskelig privat livssituasjon, kan dette bli sykdomsfremkallende.

Dina arbeider i helsevesenet, og er ei av kvinnene som hadde hatt en krevende livssituasjon som eneforsørger, liten sosial støtte og en jobb som ho opplevde som svært krevende. Dette hadde ført til flere sykemeldinger de siste årene. Da hennes søster døde, skjedde en forsterking av plagene hun hadde hatt en stund. Hun beskriver hvor vanskelig det er å utføre en god jobb når livssituasjonen er krevende, og etter at hun fikk problemer selv, ble den vanskelig å utføre tilfredsstillende:

*Det å få lempa andre menneskers problemer over på meg – det var ganske overveldende. Da jeg hadde hatt jobben i et år, døde søsteren min plutselig. Jeg skulle prøve å komme meg ut i jobb så fort som mulig og hjelpe folk som kanskje har mista et barn eller opplevd selvmord. Så skal du deale med det når du sitter der som et kjøttsår selv? Jeg fikk det ikke til. Du skal være rimelig oppgående og ha det greit med deg selv når du skal jobbe så tett på folk og være så til stede i andre menneskers liv.*

Dina hadde en krevende jobb som ho ikke trivdes så godt med, men ho gikk likevel tilbake til jobben før ho følte at helsa hennes var bra nok. Dette var først og fremst av økonomiske grunner, og er et eksempel på den vanskelige situasjonen enslige forsørgere er i:

*Man vil jo gjerne få det til og man har et ansvar for jobben. Jeg jobber med mennesker og de trenger en... jeg jobba i 80% og holdt på frem til sommeren og beit tenna sammen. Jeg jobba og lagde mat til ungene – det var det livet jeg levde. Et veldig kjedelig liv, men sånn måtte det være... Så utpå høsten tok jeg mot til meg og spurte om å få justert opp stillinga til 100% fordi jeg trengte det veldig økonomisk. Jeg ville jo ikke da sykemelde meg med en gang etter at jeg hadde fått det til, så da måtte jeg stå i det løpet. Det blei jo for mye, så det gikk jo ikke, men jeg klarte det fram til februar.*

Når totalarbeidsbyrden blir for stor, er Dina blant dem som kunne heller ha tenkt seg avlastning på hjemmebane for å klare å utføre jobben enn det motsatte. Men her har de enslige forsørgerne ikke noe valg. Når arbeidsbyrden blir for stor, er det jobben de må trappe ned på og bli sykemeldt fra.

Siri sier at hennes kroniske revmatisme ikke skyldes dårlig psyko-sosialt arbeidsmiljø på jobben eller dårlig forhold til ledelse eller kollegaer:

*Trives, med kolleger og å trives i jobben har ikke noe med det å gjøre. Men jeg har vel kjent nå de siste årene at jeg har vært veldig dårlig når jeg har hatt jobbedager, så det kan hende at det er en litt for tøff jobb for meg, jeg vet ikke. Så det er det jeg er litt redd for nå etter den smellen jeg hadde og har gått sykemeldt. Jeg kjenner at jeg gruer meg litt til å begynne med for jeg er så redd for at det ikke skal fungere. For hvis det ikke gjør det da må jeg jo eventuelt finne noe annet.*

Disse historiene viser at hvordan arbeidssituasjonen oppleves, henger ofte sammen med den totale arbeidsbyrden disse kvinnene har. Noen beskriver at det ikke nødvendigvis er belastninger i jobben som gir dem helseplagene. For enkelte kvinner oppleves faktisk jobben som er fristed i forhold til en vanskelig privat livssituasjon. I slike tilfelle strekker de seg veldig langt før de blir sykemeldt..

### ***Manglende grensesetting og energitapping***

Her er en klassisk illustrasjon over sammenhengen mellom arbeidsbelastninger og muskel – skjelettplager, og betydningen av grensesetting:

*... Jeg ser at når det har vært for mange arbeidsoppgaver i perioder, så forverrer jo hode, nakke seg, blir mer stiv og får ikke strekt ut ordentlig i løpet av dagen. Så det knyter seg litt og når det går over for lange perioder så forverrer det de her plagene, så det er jo en utfordring å sette grenser for når jeg har arbeidsoppgaver nok.*

Pia har fått atrose i skuldra, og vet ikke helt sjøl hva dette kan komme av, men mener hun har ignorert plagene, og mener selv hun burde bedt om hjelp tidligere for sine plager.

*Det heter atrose...det kan du vel få når du sitter stille, men jeg har hele tiden drevet med tunge ting...men, jeg tror ikke at det er det som er årsaken til det altså...Det er noe som skjer med brusken..den degenererer, så jeg har vel egentlig provosert når det var vondt, og jeg har ignorert det ...men, jeg har ikke vært den som har bedt om hjelp..har greid meg sjøl ...*

Katrine tok på seg for mange arbeidsoppgaver, og overså alle signaler både fysisk og psykisk, til hun fikk en 'smell'. Manglede energi førte til at hun sov ekstra mye. I dag er hun 50% sykemeldt og har søkt om 50% uføretrygd:

*Jeg overså alle signaler ifjor sommer, og jobba og jobba, og da ble jeg halvt sykemeldt...og det har fungert bra...ellers sover jeg veldig mye, prøver å få tilbake energi..for ofte så sover jeg veldig dårlig på natta, så lenge jeg vet at jeg har en eller to dager på jobb, og så har en dag fri, så da klarer jeg å samle den energien, og nå har jeg til og med vaska gulvene mine...og støvsugd."*

Katrine sier at hennes sykdomshistorie også kan relateres til hennes sønn som har festa mye, og syntes det var veldig trasig når han hadde den perioden:

*... mange ganger fikk jeg ikke tak i han, og han kunne være borte om natta, men nå har han landa...så nå tror jeg det går greit...så alt dette innbilder jeg meg at kroppen min reagerer på...*

*jeg har ikke vært noe spesiell flink til å trene, jeg er som du ser, veldig tung...og det er en masse sånne ting...*

Det å gjøre for mange ting på en gang og ikke sette grenser for seg selv eller andre kan føre til manglende kontroll over egen livssituasjon. Når kroppen ikke lystret lenger, og smerter begynte å komme, så lyttet ikke Anne til kroppens signaler, med følge at hun ble utbrent. Anne hevder hun har skyld i sin egen sykdom og dets forløp:

*Det var min egen skyld, jeg skulle være med på alt, og trene for mye, og så fikk jeg sånn akutt svimmelhetsanfall...så de mente at jeg hadde virus på balansenerven, men slet mye med kroppen etter dette...har vært til mye nevrologiske undersøkelser etter dette for å finne ut av hvorfor ikke kroppen vil, når hodet vil...*

Susanne har gjort noen erfaringer om betydningen av å sette grenser:

*Tenke litt mer på meg selv, og ja og være med på det en greier og det er vel der jeg har problemer at jeg er med på mer enn jeg greier. Så da blir jeg sliten igjen.*

Hun sier at hun har ikke vært flink til å si nei, men påtatt seg for mange oppgaver og byrder, noe som henger samme med flink pike-syndromet. Når det hopper seg opp så merker hun at hun blir stresset, men da ser hun i 'boka si' [almanakken] om det er noe hun kan flytte på:

*For hvis det er noe hver dag da blir det for mye...jeg er i det stadiet etter ...jeg går til hun psykomotoriske... hun prøver å sette slike grenser... at jeg skal sette grenser for meg selv...*

Disse eksemplene viser at det for mange av kvinnene med muskel- og skjelettplager ofte er den totale arbeidsbyrden som er utslagsgivende for at de blir sykemeldt. For viss de har arbeid de liker og et støttende arbeidsmiljø, så vil terskelen være høyere for å bli sykemeldt enn de som ikke har dette. For disse er jobben et pustehull og et sted de henter krefter til tross for at jobben kan være slitsom. For de som ikke har dette positive forholdet til jobben sin, vil den kunne oppleves som en ekstra byrde som er med å trekke de enda lenger ned.

### **3.2.3 Nedbrytningsprosesser hos menn med psykiske lidelser**

De fleste mennene i vårt materiale er sykemeldt på grunn av psykiske lidelser, og de har depresjon i en eller annen variant som diagnose. Noen få har angst, som oftest i tillegg til depresjonen. Dette er lidelser som har utviklet seg over tid, og mange har levd med denne typen lidelse uten å være sykemeldt i det hele tatt tidligere. Andre har hatt kortere eller lengre sykemeldingar før.

Alle mennene knytter i hovedsak sykemeldingene til arbeidsrelaterte faktorer. Ut ifra vårt datamateriale kan det skilles mellom tre typer arbeidslivsrelaterte prosesser som kan føre til sykdom og sykefravær. Den første er sykdom som har utviklet seg som en følge av omstillingsprosesser på arbeidsplassen. Dette er prosesser som kan gå over kort eller lengre tid, men for mange fører det til usikkerhet og mistrivsel, og i noen tilfeller blir belastningen så store at de blir sykemeldt. Den andre er sykdom som har utviklet seg som en følge av



arbeidskonflikter (konflikt mellom ansatte eller mellom den ansatte og ledelsen). I disse tilfellene spiller ofte ledere sin måte å takle konfliktene på en sentral rolle. Det er ikke uvanlig at slike konflikter utvikler seg i forbindelse med omstillingsprosesser i bedrifter. Den tredje typen handler om hardt arbeidspress – ofte over lang tid - som fører til at arbeidstakerne kommer til et punkt der de ikke klarer mer. I det følgende skal vi gå nærmere inn på hva som kjennetegner disse prosessene og hvordan de utspiller seg.

### ***Omstillingsprosesser***

I intervjuene gis det uttrykk for at i virksomhetene hvor de jobbet, ble det stadig stilt krav om at de skal produsere mer på kortere tid, og mange steder har det vært omorganisering og nedbemanning. Dette medfører i en del tilfeller at de ansatte får nye arbeidsoppgaver, de må sette seg inn i nye måter å utføre oppgavene på, ta i bruk ny teknologi, og i noen tilfeller fører dette til mer utrygge arbeidsplasser. Dette var tilfelle på arbeidsplassen til Eivind som beskrev dette slik:

*2009 var et veldig godt år, likevel skulle staben reduseres. Eierne sitter lenger og lenger unna. Det er penga som er det viktigste målet. ...Siden de nye eierne kom inn har vi hørt at vi er egentlig uønsket – vi er for mange. Det er det de har snakket om siden de kom inn. Du føler ikke at du er verdt noe lenger – at du er en medarbeider som har lengst erfaring, at kanskje det betyr noe. Det man hører er at man er en utgiftspost.*

Flere beskriver hvordan slike omstillinger fører til hardere arbeidspress, men også hvordan arbeidsformene som har vært gjeldende mellom ledelse og tillitsvalgte i bedriften endrer seg over tid. Carl hadde jobba i ei bedrift som hadde nedbemanna over flere år, og han hadde nå sagt opp. Han opplevde det slik på sin arbeidsplass:

*Det var mange ting vi leste i avisa før vi fikk vite det om bedriften. De tillitsvalgte ble veldig overkjørt...Vi fikk negative tilbakemeldinger hele tida, at ansatte må yte mer, vi må tjene mer penger, vi må sende mer i konsernbidrag , vi må skjære ned.*

Dette førte til store konsekvenser for trivselen på jobben:

*Vi merker det veldig godt på det sosiale – at det har blitt mer negativ stemning . Det har alltid vært slik – litt fleip og moro skal det være på en arbeidsplass... Nå er det en sånn stiv tilværelse... Det vart også konkurranse mellom de som jobber der...*

De tillitsvalgte blir i mindre grad dratt inn i forhandlinger og møter der beslutninger om bedriftens fremtid blir tatt. Noen av våre informanter forteller at de har opplevd at nye spilleregler har blitt innført. Nå får de i større grad pålegg fra oven i bedriften, det er manglende informasjon om hva som diskuteres og det er manglende deltakelse fra de ansatte gjennom de tillitsvalgte. Tillitsvalgte som har fungert i mange år og fått anerkjennelse for sin jobb, føler seg skviset og satt på sidelinjen.

I noen tilfeller kommer den lokale leder i en skvis mellom de ansatte og eierne eller ledere lenger oppe i bedriften. De ansatte opplever da lederne som mindre tilgjengelige og de svarer ikke på forespørsler. Dette får de ansatte til å føle at de ikke blir sett lenger, og at de ikke får anerkjennelse for jobben de gjør. Om det skjer f.eks. dødsfall i familien, er det lite forståelse for at dette skal føre til fravær.

Dette er eksempler på hvordan omstillingsprosesser skaper usikkerhet og utrygt arbeidsmiljø, og dette gjør arbeidstakerne mer sårbare. Noen takler en slik situasjon bedre enn andre, men det kan føre til mistriivsel og i verste fall sykdom.

### ***Fastlåste konflikter på arbeidsplassen***

Arbeidskonflikter kan oppstå også uten at det er ledd i omstillingsprosesser. Et eksempel er Geir som ble ansatt på en liten arbeidsplass med 5-6 ansatte. Han ble ansatt uten arbeidskontrakt. Han ble lovet at dette skulle ordnes, men tiden gikk uten at arbeidsgiver kom med noe forslag. Dette medførte uklarheter i arbeidsforholdet og i hvilke arbeidsoppgaver han skulle utføre, hva slags godtgjørelse han skulle ha for overtid etc. uten at arbeidsgiver tok fatt i dette og ordnet opp. Det utviklet seg etter hvert til en personkonflikt mellom den daglige lederen og arbeidstakeren som ble umulig å rydde opp i og som førte til lang sykemelding for arbeidstakeren:

*Jeg følte på et tidspunkt at etter hvert som jeg maste og kjørte hardere på, så satte han seg litt i forsvarsposisjon, at han gikk litt over til å forsvare at han ikke hadde fått gjort det. Men da jeg kjørte det videre og kontaktet fagforeningen, gikk det over til å ha personpreg. Da var det ikke mer stillingen og daglig leder, da var det meg og deg... Det var faktisk det verste. Det at jeg hadde arbeidd overtid og sånn det overlever jeg. Men det at det gikk over til det personlige, det... Jeg har jo kalt det personlig trakassering da, det har jeg – både overfor fagforening og arbeidstilsynet. Det er det som har vært det vankelige. For når vi kom dit da vart det håpløst. Da vart det slik at det ikke var mulig å komme inn på riktig spor. Da vart det kjørt lenger ut enn det det skulle.*

Denne informanten trekker frem et avgjørende skille i konflikten da den gikk over fra å være en konflikt om sak til å bli en personkonflikt. Da ble den u håndterlig og førte til at han ikke klarte å gå på jobben og måtte sykemeldes. Små arbeidsplasser er spesielt sårbare for denne typen konflikter. Ut fra beskrivelsen til informanten, er dette også et eksempel på hvordan arbeidsgivers manglende profesjonalitet i forhold til ansettelser kan føre til usikkerhet og sykemeldinger, særlig når det drar ut i tid og ikke blir ryddet opp i.

Et annet eksempel er Bård som kom i konflikt med en kollega. Det ble en sak, men det ble inngått forlik mellom de involverte. Likevel tok ledelsen opp igjen saka for å statuere et eksempel. Dette skjer uten av arbeidstakeren som var involvert i saken får være med på møter å forklare sin versjon. Vedkommende arbeidstaker er i en utsatt stilling fordi han har tilpasset stilling på grunn av funksjonshemming. Han vet at det ikke er andre typer jobber han kan inneha i denne bedriften. Derfor kunne han ikke forstå det på annen måte enn at de vil bli kvitt ham. Til tross for at han hadde en jobb som han maktet og trivdes i, bar det igjen rett ut i sykemelding og

depresjonen ble forsterket. Sett fra arbeidstakers side var dette en sak som kunne vært løst med en smidigere takling fra ledernes side.

### ***Hardt arbeidspress over tid***

Hardt arbeid over tid kan i noen tilfeller fungere som en nedbrytningsprosess som ender opp i sykemelding. Dette kan ramme folk i alle typer stillinger. I vårt materiale var det spesielt ledere og personer i selvstendige stillinger som var utsatt for slik slitasje. Lederstillinger innebærer i mange tilfeller ansvar for en stor organisasjon og mange ansatte. I tillegg er det et økonomisk ansvar, og de har det øverste ansvaret for at kunder skal være fornøyde. Noen takler dette over en periode, men det kan føre til slitasje over tid, og ofte er dette noe som blir oversett og ikke tatt hensyn til. Dette kan føre til at de gradvis utfører jobben dårligere, får søvnproblemer, og at de kanskje ikke innser alvoret i problemene selv. Arne beskrev dette slik:

*Det gikk i alle fall et halvt år før jeg ble sjukmeldt. Det kommer jo gradvis ... Men så er det slik at så lenge du er nødt og har et oppdrag som du skal fullføre så klarer en som regel å mobilisere noen ekstra ressurser....Jeg husker den dagen jeg ble sjukmeldt. Hadde besøk av noen venner for å ha en hyggelig weekend. Det var slitsomt for meg for jeg fungerte ikke i det hele tatt verken privat eller ellers. De reagerte vel på at jeg var veldig stille – når jeg prata med dem hadde jeg blikket et helt annet sted og jeg tenkte på helt andre ting. Jeg bestemte meg i løpet av natta at dette går ikke mer. Jeg ringte til legen og fikk time rimelig tvert den dagen.*

I ettertid reflekterer noen av våre informanter i lederstillinger hvordan de gradvis har nærmest seg stupet, og de stiller spørsmål om i hvilken grad de overordnede lederne i deres organisasjoner skal ha et ansvar for at ansatte i denne typen arbeid ikke jobber til de får helseproblemer: at pedagogen kan få avlastning på prosjekt som blir vanskeligere å håndtere enn forventet, og ha anledning til å ta fri noen dager etter en intensiv arbeidsperiode. Og at mellomledere kan få avlastning og eventuelt bli plassert i andre typer jobber før de blir syke av arbeidsmengde og tyngende ansvar. Dette krever ledere som er tettere på arbeidstakerne enn det som har vært tilfelle i våre eksempler.

For noen av informantene er det ingen klare og opplagte forklaringer i dagens situasjon på sykdomsutviklingen og sykefraværet. Disse trekker gjerne tråder til barndommen eller tenker at det kan være snakk om genetikk og store krav til seg sjøl. En av dem sier det slik:

*Jeg har tenkt mye på det – hvorfor har dette rammet meg? Det er vel slik at jeg har endret meg en del siden jeg var yngre på den måten at jeg har blitt mer bekymringsfull. Redd for at ting ikke blir som det skal. har nok lett for å lage meg problem av ting som ikke blir noe av. Noe av det skylder jeg på slekta mi. Særlig farslekta var befengt med det som vart kalla nervøse folk. Tror jeg har arva det – det er antakelig noen gener der. I tillegg har jeg bestandig vært opptatt av å gjøre ting riktig og bra, og derfor stiller jeg store krav til meg sjøl.*

Iver var daglig leder av et elektrofirma som gikk konkurs, samtidig som samlivet hanglet. I tillegg var han redd for å miste huset sitt. Dette førte til at han ble sykemeldt pga depresjon:

*Jeg fikk en slik dominoeffekt, det ene dro det andre med seg...det startet med at grunnen til at jeg ikke kom i gang som jeg ville, var problemer på hjemmefronten. Problemer med støtte i forhold til å delta i daglige gjøremål, slik at jeg ikke fikk armene fri til å komme godt i gang...jeg sitter ganske tøft i det med den (konkursen). For det var jo ASet som gikk konkurs, og det er jo i og for seg ikke så farlig. Men det jeg nå sliter med er all den gjelden jeg har skaffet meg privat som jeg har skutt inn i det selskapet. Den er det jeg sliter med nå. Det vet jeg ikke hvordan går ennå. Rett og slett.*

De tre typene nedbrytningsprosesser som vi her har vært inne på, vil gjøre folk sårbare for sykdomsutvikling. Ulike forhold kan virke inn på om det fører til at de blir sykemeldt. I en situasjon der sykdomsutvikling er på gang, vil uventede og dramatiske hendelser i familien være en ekstra belastning som gjør at det bikker over til sykemelding. Men her vil også måten arbeidsgiver møter sine ansatte på, kunne være avgjørende for i hvilken grad sykemelding blir nødvendig. Om arbeidsgiver ikke viser forståelse i slike situasjoner, kan det bidra til en økning i sykefraværperioden, og i noen tilfelle også mer dramatiske følger som å si opp jobben:

*Det som det egentlig starta med var at det var nedskjæringer i den bedriften jeg jobbet i. Vi får negative meldinger hele tiden, at ansatte må yte mer, vi må tjene mer penger, vi må sende mer i konsernbidrag, vi må skjære ned. Dette var midt i ei periode der jeg mistet to familiemedlemmer i fjor. Rett før vi skulle til begravelsen sørpå til morfaren mi som døde, vart jeg forespeila at jeg hadde ikke mer ferie, og der var så lite bemanning at alle måtte arbeide. Da fant jeg ut at nok var nok. Da var liksom begeret fullt.*

Dette er et eksempel på samspillet mellom belastninger i arbeidslivet og i privatsfæren. En kan også tenke seg at samspillet går begge veier slik at store belastninger i familien gjør at en ikke takler utfordringer i arbeidssituasjonen så godt som en ellers ville ha gjort. Dette samspillet er enda tydeligere blant våre kvinnelige informanter som vi nå skal gå nærmere inn på senere.

### **3.2.4 Nedbrytningsprosesser hos menn med muskel- og skjelettlidelser**

Det er her to typer arbeidsrelaterte årsaker som kommer til uttrykk: slitasje over tid og arbeidsulykke. I tillegg skal vi se at det er plager som er vanskelig å forklare.

#### **i) Slitasje over tid.**

Hans hadde tatt yrkesfaglig utdanning og hadde arbeidet i mange år som elektrobransjen. Dette medførte mye arbeid med armer over hodet, tunge løft, klatring i master og oppdrag i til dels krevende terreng. Han har hatt en del smerter i skuldre og rygg en stund, men uten at dette har blitt tatt på alvor og behandlet. Over tid har det dermed utviklet seg slitasje som er så alvorlig at det går utover arbeidsevnen, og operasjon må til.

#### **ii) Arbeidsulykke**

Dag arbeidet i byggebransjen. Dette er jobber som ofte er utfordrende for rygg og nakke, og som i hans tilfelle hadde ført til flere prolaps. Men det som hadde gjort at han var sykemeldt og måtte vurdere omskolering, var en dramatisk hendelse under husbygging der han falt ned og skadet både rygg og nakke.

### iii) Plager uten en klar årsak

I noen tilfeller kan muskel- og skjelettplager være vanskelig å forklare. Det kan være plager som utvikler seg over tid uten at det har en klar årsak. Pål var eksempel på dette. Han hadde ingen klar formening om årsak, men hadde en antakelse om at det kanskje kunne ha sammenheng med belastninger han utsatte seg for i sammenheng med idrettsutøvelse som han drev på med i yngre år.

Alle disse informantene forteller om plager som de har hatt over lengre tid. De har hatt kortere sykefravær, og fått noe behandling, men har levd med smerter i perioder og likevel mestret jobben. Det er påfallende at de har holdt det gående over lengre tid, og at det har vært lite fokus på forebygging av denne typer skader på arbeidsplassene.



## 4 Å være sykemeldt

Dette kapitlet handler om informantenes opplevelse og erfaringer med å være sykemeldt. Hvordan folk opplever det å være sykemeldt er i stor grad avhengig av holdninger og reaksjoner fra omgivelsene. Det kan være reaksjoner som blir direkte uttrykt, men det kan også være holdninger og forventninger som ligger latent. De sykemeldte vil ofte være i en sårbar situasjon som gjør at de lett vil være på vakt overfor antydninger og latente holdninger i sitt nærmiljø. Men også holdninger som blir formidlet i det offentlige rom vil kunne virke inn. I forkant av våre intervju hadde det vært en stor diskusjon om sykefravær i media der sentrale politikere engasjerte seg. Som vårt materiale viser, er også dette noe som vil kunne virke inn på de sykemeldte sin opplevelse av sin rolle som sykemeldt.

I det følgende skal vi først få inn på kvinners erfaringer med å være sykemeldt, deres kamp for sin verdighet og hvilke forhold som spiller inn å deres mestringssevne. Deretter presenterer vi mennenes erfaringer og beskrivelser av de samme temaene.

### 4.1 Kvinners kamp for verdigheten

#### *Trussel mot identitet og selvtillit*

Bodil hadde også tidligere vært sykemeldt på grunn av alvorlige muskel og skjelett-plager, og delte sine erfaringer om hvordan dette hadde påvirket hennes identitet og selvtillit:

*Det er ganske interessant å se hva det gjør med en når en er vant til å være i jobb. Identiteten min har vært veldig sånn knyttet til jobben. Enkelte er jo sånn at når du snakker med dem første gangen så sier de nesten hvor de jobber før de sier navnet sitt. Jobben og stillinga har vært så veldig stor del av dem. Sånn har det aldri vært for meg, men jobben har vært veldig viktig for meg. Så når den delen faller bort og du lurer på om du aldri kommer deg på jobb igjen, så gjør det et eller annet med innstillinga eller det mentale. Misser sjøltilliten, ja det er vanskelig å si, men det var veldig mange tanker, misser energi og sjøltillit og følte meg antakelig mindre verdt. Og så er det usikkerheten at en i så ung alder kanskje – skrekkscenariet er å bli uføretrygdet...*

Et kjennetegn ved de fleste av kvinnene er at de har en sterk identitet som yrkeskvinner. En kan derfor tenke seg at det å bli sykemeldt er en trussel mot denne identiteten. Dette gjelder i varierende grad for kvinnene. Anbjørg er et eksempel på ei kvinne som har slitt i privatlivet sitt

med økonomien og med en narkoman sønn. Hun knytter sin verdighet sterkt til jobben, og hun strever med depresjonen når hun ikke lenger kan gå arbeide som før:

*Alt begynte i 2007. Jeg hadde ikke vært sjukmeldt før det. Jobben er der jeg er kjent, respektert og akseptert og ja – føler jeg er helt øverst...*

Anbjørg mistrives sterkt med en tilværelse der hun ikke får gjort det hun liker aller best og som gir livet mening – å jobbe og være del av arbeidsfellesskapet der. Hun søker derfor ofte til arbeidsplassen for å treffe kolleger og pasienter selv om hun er sykemeldt og har vært det over lang tid:

*De vet åssen jeg ikke har tatt hensyn til meg selv. De vet at jeg er syk når jeg er sykemeldt. Den nye sjefen sa til meg at – ikke begynn for tidlig, Anbjørg. For den forrige sjefen hadde sagt til henne at Anbjørg var veldig flink – ho må du ta vare på. Den gangen jeg var så klein hadde de ringt til nav og sagt at Anbjørg er sjuk og ho kommer tilbake når ho er klar for det – ikke nødvendig å gjøre noe.*

Camilla har også en sterk yrkesidentitet og er en av de som har kjempet seg tilbake til yrkeslivet etter en periode på uføretrygd. Det handler om identitet og verdighet. Hun har god utdannelse og hun ønsker å bruke sine kunnskaper. Hun tror at hun kanskje alltid vil streve med sine psykiske problemer, men hun kjemper imot så godt hun kan:

*Jeg var veldig deprimert og hadde selvmordstanker. Fortsatt er det slik at når jeg blir veldig trøtt så kommer disse tingene litt tilbake. Det går hardt utover selvtilliten min – at jeg ikke klarer å styre meg ordentlig ... Når man får slike trøkker så kjenner man seg kjempemislykka. Jeg vil helst være den utgaven av meg selv som ikke har disse problemene.*

Sykemelding er ikke en trussel for Camilla, snarere tvert imot. Hun tenker på sykemelding som en forutsetning for å klare å holde seg i jobb. Det er nettopp mulighetene for å ta time out de dagene hun føler seg dårlig som gjør at hun kan fungere i yrkeslivet.

### ***Skam og stigmatisering***

Noen informanter følte seg uglesett fordi de var sykemeldt, og unngikk steder, plasser eller arenaer hvor de kunne bli sett, tilsnakket eller observert. Det ikke å kunne bevege seg fritt ut i samfunnet, og snakke med hvem man vil, kunne virke både hemmende på livsutfoldelsen og den generelle livskvaliteten.

Vinteren 2009/10 var det en stor debatt i norske medier om sykefraværet som viste en stigning. Bekymrede politikere, blant annet statsministeren, stod fram og uttalte at dette var bekymringsfullt, og forslo tiltak for å hindre denne utviklingen. Måten denne debatten ble ført på, rammet de sykemeldte. Flere av kvinnene opplevde at skamfølelse og skyldfølelse over å være sykemeldt ble forsterket på grunn av all negativ oppmerksomhet i media. En av informantene uttrykte seg slik:



*Jeg føler jo at det er mye fokus på det å være sykemeldt i det siste at en får nesten dårlig samvittighet...og det er en sorgprosess en må gjennom fordi at kroppen ikke fungerer sånn som den har gjort hele livet... det går utover jobb, men det går også utover familieliv at du ikke fungerer lengre...og det hemmer deg veldig mye.*

Også andre forteller om hvordan de blir påvirket av medias fremstilling av de sykemeldte. En sier det slik:

*Jeg føler at det eneste det er snakk om når det snakkes om sykemelding, er hvor late vi er. Jeg har lyst til å fortelle om hvordan jeg har det, men så vet jeg at det kunne jeg aldri ha gjort. Har lyst å skrike ut! Jeg føler veldig sterkt at det blir fremstilt veldig ensidig ...Jeg føler at jeg har så dårlig selvtillit og jeg føler selv at det er dårlig at jeg ikke jobber fullt hele tiden. Har en sånn indre dialog med meg selv: Dette er et hjelpemiddel – det er noe positivt. Samtidig leser jeg stadig i avisene om alle disse norske latsekkene som er sykemeldt hele tiden, og det hjelper ikke det. Jeg er ikke lat..... Jeg synes jo heller ikke at sykemelding skal misbrukes, jeg er helt enig i det. Men jeg ser at viss jeg ikke hadde hatt muligheten, så hadde jeg vært helt ute av arbeidslivet nå, og jeg synes det ville vært synd viss samfunnet ble sånn at det var det man foretrakk.*

Agnete som har opplevd svært alvorlig trakassering på sin arbeidsplass, noe som har ført til alvorlig depresjon og sykemelding over mange måneder, sier at hun føler både skam og stigmatisering, noe som igjen fører til dårlig selvtillit:

*Man går så langt ned en stund...Jeg har jo ikke vært sykemeldt før i mitt liv, så plutselig bli en sånn trygdemottaker, det er jo ikke noe ålreit, og det er flaut, synes jeg, og det er pinlig...og jeg liker ikke å snakke om det hvis folk spør, så er det flaut å si at ...nei...jeg er ikke på jobb akkurat nå...jeg har jo alle de fordommene”...*

Hildegunn er en annen som strever med selvbildet – hun har alltid vært den sterke, og opplever at når folk spør hvordan hun har det, føler hun en slags skam over at hun har havnet i en slik situasjon, og forsøker å unngå å prate om det:

*Det var veldig skambelagt, jeg måtte bare bli sykemeldt, jeg har i grunn alltid hatt problem med å være sykemeldt...den følelsen av å snylte på samfunnet, har gjort det veldig problematisk...når jeg var sykemeldt så holdt jeg meg hjemme og oppå fjellet...jeg var aldri blant folk, man ser jo frisk ut , ikke sant? Når man kommer opp på et visst nivå, sånn litt friskere, så ble det et kjempeproblem... Jeg står i en klesbutikk og holder på skratte og kjøpe noe, så møtte jeg en bekjent, og jeg prøver å unngå tema, og hu spør og spør, og du står der og skratter også skal du si at du er sykemeldt, verden detter litt sammen da igjen, det er helt forferdelig..Det å forholde seg til andre, det blir noe som er vanskelig, og da går jeg litt i hi igjen for å slippe å møte folk, men man lærer da...jeg spør aldri..går det bra med deg eller...da spør de om det samme...og det er jo egentlig et overflatisk greie, men for meg ble det så personlig, ...hei går det bra med dere? ...og det satt meg så ut at jeg begynte å grine på butikken...og det sier jeg aldri...da sier jeg heller..trivelig å se deg...folk har ikke noe med fortida mi.*

Flere informanter opplevde derimot ikke noe negativt fra omgivelsene ved det å gå sykemeldt. Mange mener det tvert om åpner for personlige samtaler og nærgående temaer om både egen og andres helse. Utveksling av erfaringer kan minske følelsen av annerledeshet og styrke

fellesskapsfølelsen blant de sykemeldte, og høy alder ved sykemeldingstidspunktet kan føre til fravær av dårlig samvittighet. Hege sier at hun ikke synes det er skamfullt å gå sykemeldt, men at alderen hennes heller rettferdiggjør en sykemelding:

*Jeg har jo tenkt noen ganger at når en har kommet opp i den alderen... når man hadde ungene små at man valgte det først og at man valgte arbeidslivet som nummer to da. Man jobbet redusert og så så man litt frem til det at når ungene blir store så kan jeg gjøre de arbeidsoppgavene som jeg ønsker. Og når har jeg nå har kommet dit, så får jeg liksom ikke gjort det. Da var det andre begrensninger. Så det har jeg kanskje følt noen ganger at det er litt leit da, at en noen ganger kan bli litt trist og lei seg for at man blir litt sånn parkert. Blomstrer ikke sånn som man skulle ønske. Men så tenker jeg at jo det kunne vært verre da, man må jo.*

Flere andre sier også at når de har kommet opp i den alderen de er i, så føler de seg ikke skamfulle siden de har jobbet i så mange år, og stått på uten å være syke i flere år. Pernille sier det slik:

*Ja, du kan si at i den kretsen du vanker så blir det kjent at du har plager, og da sier folk..har du plager, du som er så sprek, og flyr på ski...men, altså nå skal jeg opereres, så etter hvert blir det kjent, så da spør folk hvordan det går, og jeg har ikke opplevd noe negativt..Jeg føler ikke det, men det blir mer at du møter folk, og dagliglivet går sin gang, det blir jo litt at man prater litt om plager, også kommer andre med sitt, også står der og prater da.*

En del kvinner jobber deltid, og derfor blir ikke overgangen til sykemelding så stor som for de som er i full jobb verken for dem selv eller omgivelsene. Men også disse kan være på vakt mot omgivelsenes reaksjoner. Signe hevder at folk som hun kjenner og er på hils med, er vant til at hun er hjemme noen dager, men hun synes likevel at det kan være noe problematisk å møte naboer og folk som ikke kjenner henne så godt:

*Men det er jo klart, naboer og hvis jeg møter foreldre fra skolen så synes jeg det er litt vanskelig, spesielt når jeg møter foreldre. For de vet jo at jeg jobber halvt, men de vet ikke hvorfor og det synes ikke jeg dem har noe med...så har det vel også hendt at hvis jeg har vært i byen og jeg har sett noen foreldre litt borti, så har jeg gått inn i en butikk eller bak ei hylle, for det er ikke bestandig jeg synes det er så greit å møte på noen foreldre og i alle fall ikke hvis dem hører til min klasse, for jeg vet jo at dem lurer. Nå har jeg jo vært borte såpass lenge at de vet jo at jeg er sykemeldt. Det er jo noen som sier ok du er sykemeldt, vi vet det og vi har ikke noe med det, men så er det de andre som alltid lurer og vil vite.*

Flere er inne på at det er verre å gå sykemeldt dersom man ikke ser syk ut. M.a.o ser det ut som at det kan være en sammenheng mellom diagnose, skamfølelse og sosial tilbaketrekking i visse kretser. En av kvinnene kommenterer at:

*Jeg brakk armen for noen år siden og gikk med armen i gips og var sykemeldt, og jeg har nå aldri fått så mange klapp på skuldra og sympati, så når det er noe som synes så er det enklere.*

Tone hevder også at det kan være stor forskjell på å gå sykemeldt med legitime vondter i kroppen enn å gå sykemeldt pga av dårlig psykisk helse:

*Det er nok stor forskjell med å gå sykemeldt og å ha vondt i ryggen enn å slite med noe psykisk...det er nok mye fordommer, og når du møter folk med den ryggen jeg har, så er det greit liksom..*

En av kvinnene har vært gravid i sykemeldingsperioden, og er den i utvalget som forteller om mest oppbacking og støtte for sin sykemelding:

*Jeg opplever at det å være sjukmeldt og gravid – det virker som det er en sånn veldig allmenn holdning at det er greit å være sjukmeldt. Og det forbauser meg litt.. Legen er også slik. Jeg er jo en godt voksen mor da. Det er jo så fantastisk, sier legen, at nå må du bare ta det med ro og slappe av og samle krefter til det som skal komme etterpå.....Det jeg får ellers er positive reaksjoner – at jeg må ta vare på meg sjøl - jobbe kan du gjøre seinere... Til og med voksne tradisjonelle husmødre som jeg hadde forventet hadde sagt at det er viktig at du jobber liksom, sier at det viktigste er ungen og at du har det bra nå ...*

En kan også stille spørsmålet om det er sykemeldingen som er skambelagt eller er det selve sykdommen? For noen kommer det klart frem at skamfølelse ikke primært er knyttet til å være sykemeldt, men mer til å ha psykiske problemer. Enkelte informanter var redd for at omgivelsene skulle få vite hva som feilte dem. I slike tilfeller var det gjerne bare den nærmeste familie og legen som visste dette. En av disse informantene var ei kvinne med høy utdanning, og hun fremstod som pen og vellykket. Det var også dette inntrykket ho ønsket å vise utad, og innrømmet at hun la en del arbeid i å få dette til:

*Psykisk sykdom - det passer forferdelig dårlig med det bilde folk har av meg. I tillegg så står det mye i aviser og sånn om hvordan folk utnytter sykemelding, og det syns jeg er veldig tøft.*

På spørsmål om hvorfor hun opplever psykisk sykdom så stigmatiserende, sier hun:

*Delvis er det fordi før jeg selv ble syk så hadde jeg disse fordommene selv – viss jeg skal være ærlig. Har tenkt at det er folk som ikke får det til. Og så er det at jeg ser at andre tenker på samme måten – det er jo bare å ta seg sammen.*

Hun tror at det ville blitt oppfattet veldig negativt viss folk i bygda fikk vite hvor dårlig hun hadde vært, og kunne bruke det mot henne:

*...Ja jeg føler at jeg på en måte må leve et dobbeltliv, og jeg opplever det som kjempevanskelig. Jeg har den ene delen av meg som er frisk og fin, og så har jeg den andre som jeg må jobbe med hele tiden for i det hele tatt å gjøre normale ting liksom. Og det er ganske tøft!... jeg ville ha foretrukket å ha en annen sykdom. Jeg ville foretrukket å ha nesten hva som helst. Jeg ville ha foretrukket å miste armen for eksempel i en ulykke eller viss jeg kunne gjøre noe drastisk men likevel være frisk i hodet så hadde jeg gjort det. Rullestol, men bare viss jeg hadde vært frisk psykisk – det syns jeg hadde vært bedre. Det høres sikkert forferdelig ut, men det er tungt å bære.*

## 4.2 Kvinners mestringsstrategier

Det er to forhold som ser ut til å spille sterkt inn på hvordan kvinnene mestrer rolla som sykemeldt. Det ene er i hvilken grad de har støttende sosiale relasjoner, og det andre er om de har aktiviteter som gir de en meningsfull hverdag.

### *Sosiale relasjoners betydning – familie og venner*

Det ser ut som det å ha et godt sosialt nettverk kan fungere som en buffer i en ellers tøff sykdoms- og sykemeldingsfase. Evy gir uttrykk for hva dette har hatt å si for henne:

*Jeg har ei kjempegod venninne nå og jeg har trøsta meg mye med venner opp gjennom åra. Når du har vært frustrert og hatt mye vondt så er det liksom den biten som gjerne gjør at du ikke gir opp. Det sosiale har mye å si – at du har et nettverk for det er mange som er ensomme, og da baller det gjerne på seg.*

Enkelte informanter hevder at de ikke har noen fortrolige å snakke med om sykdommen sin, og mener at alle har nok med sitt. Hvis det sosiale nettverket i tillegg er negativt innstilt eller mistenksomme på hvorfor de er syke, trekker noen seg heller tilbake, og unngår unødvendig sosial kontakt. Grete er en av dem som sier at hun ikke har hatt så mange å prate med, og mener at problemene trolig ikke hadde vært så tunge dersom hun ikke hadde følt seg så ensom:

*Det er det som er noe av problemet, at jeg har følt at det ikke har vært så mange da. Jeg har følt det litt ensomt. Det er jo kanskje litt min egen feil også, for når du kommer i en slik fase så er det litt lett å trekke seg unna også. Der har nok jeg vært flink til å trekke meg unna og ikke ta noe særlig kontakt. Jeg har jo hatt både broren min og mannen min som jeg har kunnet snakke med men det er jo ikke så, ja jeg kan prate med mannen min om alt, men det er sikkert ting jeg har unnlatt å si ... Mamma og jeg vi har ikke noe spesielt forhold ... Henne kunne jeg jo aldri gå til, det blir litt sånn ensomhets følelse og ikke ha noen.. ingen som kommer og spør hvordan det går.*

De sykemeldte enslige forsørgerne er spesielt sårbare om de ikke har nær familie som kan stille opp. Dagny er eksempel på dette. Hun har ingen familie i nærheten, og barnas far bor på et helt annet sted i landet. Hun har venninner, men de har ikke barn og er i en annen livsfase, så kontakten med dem er sporadisk. Det blir lett en ensom tilværelse – ingen å dele verken praktiske oppgaver eller frustrasjoner med. Konsekvensen beskriver hun slik:

*Alt står på meg ...alle de praktiske tingene, dugnadsarbeidet osv. . Det å være enslig forsørger i dag er ingen unnskyldning for noe som helst. Det er bare å bite tenna sammen og gjøre det du skal. Så kan du gå hjem og surve.*

For å overleve tar hun galgenhumør i bruk:

*Når folk spør hvorfor er du sjukmeldt- jeg tar det litt humoristisk for jeg orker ikke.. Så da sier jeg bare at det er fordi jeg er altfor lat og orker ikke jobbe.. ja så dumt kan man vel svare når de spør så dumt.*

Hildegunn forsøker også å fokusere på alt annet enn sykdom når hun er sammen med venner, bla. vektlegger hun humor og positive ting:

*Har ikke så mye kontakt med broren min og foreldra mine...min far er kronisk syk, og det blir bare slikt negativt, og venninner de vil jeg heller prate med om noe annet ...jeg gidder ikke å prate om sykdom, jeg vil ha det artig...jeg vil ikke bli dratt ned...*

### **Betydningen av kontakt med arbeidsplassen**

For en del av kvinnene er det kollegaene på jobben som er deres viktigste sosiale relasjoner, og disse søker derfor til arbeidsplassen også mens de er sykemeldt. Flere forteller hvor viktig denne kontakten er, og at det betyr mye at de kan være en del av fellesskapet på jobb selv om de er helt eller delvis sykemeldt. For noen er denne kontakten på jobben en kompensasjon for manglende sosial kontakt med venner og for noen sin del også i familien.

Pernille har vært på samme arbeidsplassen siden 1986, og har hatt lite fravær. Hun mener man må ha et godt arbeidsmiljø for å ta seg turen til arbeidsplassen under sykemeldingperioden. Hvis en i utgangspunktet har et dårlig arbeidsmiljø, og dette kan være årsaken til at en er sykemeldt, da er det ikke interessant å gå dit når en er syk. Men hun mener at for enkelte kan arbeidsplassen spille en viktig sosial rolle og være en arena for utveksling av erfaringer og støtte i en vanskelig livsfase:

*Jeg tror at det å ha vært innom arbeid så mye som meg, altså det å ha det bra på arbeid. har mye å si, .hvis jeg ikke hadde hatt det bra på arbeid, så hadde jeg ikke kommet så mye innom.. Hvis en har det godt på arbeid, så er det godt å komme dit når en er sjukmeldt...jeg vet om noen som er sjukmeldt pga av en problematisk sjef, og da blir det ikke dit man går...hvis du har det bra før sjukmelding, så trur jeg at det er helt ålreit å oppsøke å gå på arbeidsplassen*

For noen kunne det føles sårt å besøke jobben når en var sykemeldt, og 'miljøet' kunne signalisere at man var noe 'utenom det vanlige' eller 'ikke brukt for en lenger'. På den måten kunne noen sykemeldte føle et skille mellom det å være frisk og det å være syk. Astrid uttrykker det slik:

*Hvis du ikke er 100% så er det ikke bruk for deg...det føler jeg..altså et ubehag ved å være sykemeldt...*

I vårt materialet kan man se en tendens til at de som hadde et godt arbeidsmiljø fra før, følte seg mer inkludert, og opplevde besøk på jobben som noe positivt, i motsetning til de som opplevde konflikter og dårlig arbeidsmiljø. Karin følte seg ivaretatt på arbeidsplassen selv om hun nå hadde en 50% sykemelding:

*Har ikke merket noe ting, og her på jobben så har de lagt så til rette.*

Om opplevelsen av å bli godt mottatt og inkludert på arbeidsplassen kan ha en sammenheng med type diagnose, kan være mulig, selvom ikke dataene her kan gi noe entydig bilde. Det er likevel flere som hevder at en slik sammenheng kan være reell. Astrid opplevde en episode på

arbeidsplassen som illustrerer at det kan være en forskjell mellom diagnose og grunner til sykemeldinger. Stereotype holdninger hos arbeidsgivere på hva slags 'produktiv' arbeidskraft de ser for seg, kan medføre det vanskeligere å mestre sin sykdom:

*I en matpause satt det en avdelingsjef som sa at det var ingen grunn til å være borte fra jobb hvis en hadde 40 i feber...tenk å sitte å si det, og hva slags signaler gir den til de som sitter og sliter med et eller annet...så da er det nesten som man sitter og ønsker at du burde få deg en smell du og, så en får kjenne det på kroppen...det er jo ingen som ønsker å ha vondt i kroppen...*

### **Aktiviteters betydning**

En sykemeldingsperiode er ofte inndelt i faser. Den første tiden er de sykemeldte ofte så syke og slitne at de har nok med å ta en dag om gangen. Etter hvert vil mange få mer overskudd og krefter til aktiviteter og sosial omgang, og gradvis kommer de i gang med aktiviteter som kan bidra til opplevelse av mestring og en meningsfull tilværelse. Våre informanter var i de to siste fasene, og noen av dem er delvis sykemeldt. Vi var interesserte i å finne ut hva de gjorde for å ha en meningsfull hverdag som sykemeldt, mestre sin sykdom og for å bygge seg opp til å gå tilbake til arbeidslivet.

For noen blir sykemeldingen en anledning til å være mer sammen med barn, barnebarn og andre familiemedlemmer. Dette var aktiviteter som de gjorde også før de ble sykemeldt. Forandringen var at nå kunne de ta seg bedre tid med disse gjøremålene, men samtidig har de mindre krefter og overskudd. For noen var dette en glede, for andre kan det være en ekstra byrde. Dette gjelder spesielt for de som har gamle foreldre som forventer at de skal stille opp. Men også for de enslige forsørgerne tok de daglige gjøremålet det meste av overskuddet de hadde. Deres hverdag går ut på å klare å gjennomføre de daglige rutinene og følge opp barna så godt de kan.

Hvis vi ser på hvilke andre aktiviteter som er mest dominerende i datamaterialet, synes det som om turgåing er veldig populært. På denne måten kommer de seg ut og er i bevegelse – noe som innvirket positivt. Hege sier at det hjelper på hennes smerter og murringer i nakke, skuldre og kroppen generelt å gå turer og å være bevegelse:

*...veldig fint å gå og være i bevegelse, det er egentlig det beste jeg gjør det. Så jeg sier postmann kunne jeg vært, men ikke, et og et brev. Jeg tuller og tøyser litt og det tror jeg hjelper...Jeg prøver å komme meg ut å gå hver dag.*

Grete forsøker å gå turer for å komme seg ut i frisk luft, gå ned i vekt og få opp formen, og hun kombinerer dette med trening på treningssenter:

*...på en måte alt det hjemme, det private som tok all energien fra meg. Jeg prøver å få gått litt turer for å få økt formen igjen. Komme seg ut i frisk luft, jogge og gå litt turer. Så er jeg litt på treningssenter og prøver å løfte litt sånn styrketrening. Litt sånn enkelt, men som likevel er slik som jeg har masse tid til å gjøre når jeg likevel går hjemme hele dagen. Det er liksom det å få sparket seg selv i rumpa og si at nå går du.*

Kontakten med dyr , f.eks. hest og hund var også for noen svært vesentlig for å kunne mestre en hverdag med smerter, plager og mismot. Det ser ikke ut som det er noen sammenheng med diagnose eller sykdomsforløp i forhold til hvordan de mestrer sykdommen sin. Noen har funnet sin personlige mestringsstrategi og bruker dette for å komme seg videre, eller klare hverdagene. For Britt er bruk hesten viktig:

*Hesten har faktisk hjulpet meg ganske mye...jeg rir, det funker...hesten får meg til å komme meg ut ...jeg slipper å ha dårlig samvittighet...får sparket meg ut...*

Andre aktiviteter som ble nevnt var lesing av litteratur, maling, lære seg data og kryssord. Men det ser ut til at det ofte er kombinasjoner av ulike aktiviteter som danner en helhet som er viktig. I tillegg til å bruke natur og kultur som mestringsverktøy hevder flere at det også er viktig at noen tror på at de skal kunne klare å komme seg gjennom livet på en tilfredsstillende måte til tross for vansker. Hildegunn er en av disse:

*Det er natur, litteratur...jeg holder på med yoga, og fokus innad..også er det selvutviklingsbøker, og det lærer jeg veldig mye gjennom...jeg liker å skape noe fra bunnen av og det har blitt veldig viktig...naturen gir meg ro, og jeg henter meg inn i igjen.. jeg går på fjellet...jeg vet jo at fysisk aktivitet hjelper, men det tok en god stund før jeg klarte det..doktoren min sa..du blir bra igjen du...og den gnisten måtte jeg ha...så hvis han hadde tvilt på det, så hadde jeg tvilt på meg selv...man vet jo ikke hva dette innebærer...[å bli syk]*

De ulike grunner som oppgis til hvorfor de synes natur, kultur eller andre aktiviteter er viktig å bruke tid på er at det gir overskudd, energi, harmoni, restitusjon, tankeflukt, ro og hvile. Ragnhild sier det slik:

*Så jeg bruker naturen mye, og det har hjulpet meg veldig ...og musikk og dikt...hvile hodet med noe som ikke er for innholdsrikt...også leser jeg fryktelig krim... der er det en plot som driver en.. veldig glad i å lese... har masse interesser... også nyter jeg å bo alene.. har bodd alene siden jul, også er jeg jo 48, så det er vel på tide...Så det har ligget i mange år, bekymringene for barna...det er Akilles hælen...*

At ting tar tid, og at man trenger å smøre seg med tålmodighet er også noe som flere informanter nevner når de er syke, og selv om de bruker ulike teknikker for å mestre sin hverdag og for å komme i bedre form, og akseptere at de ikke er helt friske. For noen kan dette fortone seg vanskelig å forsone seg med:

*Jeg har gått mye tur, gått og gått...jeg har nok måtte gå noen runder med meg sjøl for å akseptere at jeg må gire ned lite grann...det må jeg nok sikker være ærlig på å si, så fra å kunne takle det meste, ingen begrensing...særlig det å løfte tunge ting, og det her med å rette seg, strekke seg... naturen har gitt meg energi, naturen er min rehabilitering...og jeg leser mye, men ikke så mye som jeg trodde jeg skulle...men ting tar lengre tid, så jeg har ikke gjort så fryktelig mye.*

Bruk av musikk for å koble av og ut er det flere som nevner. For noen er det helt avgjørende om de får sove eller ikke, og musikken blir en form for medisin. Astrid og Pernille er blant disse:

*Astrid: musikk sånn som at du teller ned, avspenning, og det er like greit å stå opp når det er sånn, for da legger jeg meg i stua og lytter til dette...og da sovner jeg.*

*Pernille: Musikk, det er jeg helt avhengig av, også er jeg ute og går tur i naturen og da får jeg tømt hodet mitt med mye stygt, negative tanker også...*

Sandra har sin måte å håndtere sin sykdom på, og synes i motsetning til andre at tur ikke hjelper. Derimot er hun glad i å male hus og vegger:

*Hvis jeg maler så har jeg noe jeg må følge med på. Hvis jeg går tur, så har jeg noe jeg driver med. Det å gå tur, det hjelper ikke meg fordi da konsentrerer jeg meg ikke om det jeg går i...Jeg maler og maler og maler og maler. Så det har blitt kjempefint ute i stallen og nå går jeg snart løs på huset.*

Livsstilsendringer, nye forsett og ny inspirasjon fra det sosiale nettverket og/eller hjelpeapparatet for å forbedre sin helse er det mange som har til felles. Dette kan f.eks. være i relasjon til å gjøre noe aktivt med seg selv og å forsøke å kontrollere sin egen livssituasjon, samt få til et bedre liv for seg selv. Solfrid syntes det var fint at legen påpekte at hun burde prøve å gå ned i vekt for at det skulle bli bedre for kroppen hennes:

*Det begynte jeg med da i januar, så jeg går til kostveilederen opp på der. Så nå har jeg gått ned 10 kilo.*

Hege sier videre at det er viktig å strukturere dagene og finne en slags livsrytme i hverdagen når en er sykemeldt, for eksempel det å stå opp om morgenen:

*Så har jeg jo funnet ut at jeg liker å være litt alene, jeg liker å høre på radioen, jeg kan lese litt, pusle litt. Det har jeg jo oppdaget, at jeg kjeder meg veldig lite, før så var jeg jo litt rastløs og urolig, det skulle jo skje noe. Så kommer man jo inn i en sånn rytme men jeg står jo opp om morgenen, og det er jo litt viktig når man er sykemeldt at man står opp og steller seg. Ikke bare at man huff og bare ligger og ikke gidder å lage mat og nå har jeg jo familie da så.*

## 4.3 Menns kamp for verdighet

### *Sykemelding som trusel mot identitet, status og selvillit*

Et typisk trekk ved de fleste mennene i vårt utvalg er at de har en sterk yrkesidentitet og de er dedikerte til jobben sin. Overgangen til å være sykemeldt kan derfor være stor. Aslak uttrykte dette slik:

*Når jeg hadde vært hos legen den mandagen, for det første følte jeg meg helt hjelpeløs – hva nå liksom? Åssen skal vi takle dette? Du orker jo ingen ting. Klarer ikke å hente avisen en gang. Men ettersom jeg hadde hvilt litt og kommet til hektene igjen og fått lagt av meg ryggsekken og*



*klumpen i magan hadde minka betraktelig, så vart jeg rastløs. Tenkte nå må jeg gjøra noe, nå må jeg komma i gang.*

På spørsmål om sykemeldingen hadde ført til en opplevelse av tapt status eller selvtillit, var det varierende svar, men de fleste hadde gjenkjennelse på dette. Om de ikke følte det slik på det nåværende tidspunkt, hadde de kjent på dette tidligere. Birger som hadde hatt flere sykemeldingsperioder tidligere, svarte slik:

*Jeg føler det ikke slik nå, men har følt det før. Du misser det som skjer i hverdagen. Får en følelse av at andre vet mer om arbeidsplassen din. Så jeg føler jeg misser status egentlig... Du blir ikke annen rangs nødvendigvis, med du blir ikke på høyde med de andre. Og det har å gjøre med at du misser den direkte koblinga til arbeidsplassen – det som skjer i det daglige, forandringer som kommer. At du får høre flere uker etterpå at det har skjedd..*

Noen hadde refleksjoner som viste at de hadde jobbet med å opprettholde sin verdighet. En av informantene fortalte at han hadde fått veldig dårlig samvittighet da han ble sykemeldt. Han mente det var dumt å være sykemeldt for noe sånt (psykiske problemer). Hans strategi ble å være åpen om sine problemer overfor naboer og kolleger. Etter hvert klarte han å tenke andre tanker om dette:

*Nå hever jeg meg over det.. Men det er noen tanker som dukker opp – at det er samfunnet som betaler – du belaster samfunnet vil kanskje noen rundt meg si. Men så snur jeg på flisa og tenker at innsatsen min har vært så stor at jeg skal ikke ha dårlig samvittighet for at jeg skal gjøre det ... Det er jo derfor systemet er slik – at vi skal få den hjelpa vi trenger. Alle som har behov for det skal få det. Så derfor skal en ikke ha dårlig samvittighet for det.*

Men det fins også eksempler på at viss sykemeldingsperioden drar ut, vil det bidra til en gradvis nedbygging av selvtilliten. Gunnar er et eksempel:

*Følte det ikke slik i starten, men etter hvert føler jeg det som et nederlag å gå sjukmeldt. Føler at det har vært helt unødvendig. Det har jo ikke vært slik at jeg ikke kunne utføre jobben min. Hadde jeg blitt omplassert, kunne jeg ha utført jobben min. Men i og med at det ikke var noen mulighet for omplassering, var sjukmelding eneste mulighet. Det føler jeg som et nederlag. Jeg har ikke vært vant til å være i en situasjon og sitte i et hjørne der ute. Jeg føler det har gått utover sjøltilliten at det har gått over så lang tid.*

Noen av informantene sier at sykemeldingen har ført til at statusen på jobben har blitt mindre. Men sykemeldingen har en annen side som Finn påpeker:

*I familien er statusen min bedre. Sykemeldingen har ført til at jeg delta mer i familiens hverdagsliv og hverdagsproblemer.*

En annen av informantene er inne på at opplevelsen av å miste status kan ha sammenheng med det miljøet du vanker i til daglig. Denne informanten var i gang med skolegang for å få studiekompetanse. Der gikk han sammen med mange i samme situasjon – folk som hadde falt ut av arbeidslivet eller aldri kommet seg inn dit. Men nå hadde de et felles mål om å skaffe seg

kompetanse for å få en jobb de likte. På spørsmål om han følte han hadde mista status, svarte Didrik:

*Nei jeg føler ikke det sjøl. Men det kan ha med å gjøre at med den gjengen jeg går med på skolen så står vi alle likt - alle har det samma. Alle har vært gjennom den samme behandlingen for å få den statusen de har på skolen. Det er tross alt leger som har kommet frem til at dette er det beste.*

Som flere kvinner også nevnte syntes det å være en sammenheng mellom verdighet og skamfølelse og type diagnose. Noen sier de opplever det som flaut å gå på sykemelding hvis ikke det er noe synlig. Helge sier at han synes ikke det er så flaut nå som det er noe fysisk, da folk vet om situasjonen, men kan skjønne at folk synes det kan være flaut dersom det ikke synes:

*Ja, noe synlig ja. Jeg kan skjønne det altså, jeg har tenkt på det, men det har ikke plaget meg noe. Jeg har ikke følt noe skam... Ja i og med at jeg gikk så lenge før jeg ble operert, det var mye greiere når jeg hadde armen i fatle, for da så folk det. Nei da, jeg tenker på det men jeg bryr meg egentlig ikke noe om det, for det er nå bare slik. Vi bor jo i blokk og jeg prater jo med naboene og forteller hvordan det er da, men mange vet jo hvordan det er og hvorfor jeg er hjemme.*

### **Skamfølelse og stigmatisering**

De reaksjonene de sykemeldte får fra familie, venner og kolleger/arbeidsplass er som vi har sett av stor betydning for de sykemeldtes mestring. Støtte fra disse er ofte avgjørende for at de skal opprettholde sin selvtillit og verdighet. Men de sykemeldte blir også påvirket av mer generelle holdninger i samfunnet slik disse kommer til uttrykk i media eller i lokalsamfunnet der de bor. Også flere av mennene ga uttrykk for at de følte seg rammet av den tidligere nevnte mediadebatten om det økende sykefraværet. Erik opplevde det slik:

*Nå i høst var det jo debatt om dette – den irriterte meg... Når et slikt tema kommer opp, så er det for de fleste noe som de kanskje er likegyldige til for det gjelder ikke deg. Så hvorfor skal jeg bry meg om det? Det traff nok meg fordi jeg stod midt oppe i det... Hvordan kan de klare å sitte slik? De begynte å snakke om den svenske modellen – at de kan sitte på utsiden å si slik – dette er så snevert! Det er jo grunnleggende at alle må jo få en individuell behandling. Men det er jo et samfunn som bare teller kroner, og da er det vel hensiktsmessig å sette alle i en bås. Ikke bra.*

Christoffer sa det slik:

*Det var en irriterende debatt syns jeg fordi det gikk ut på å avsløre de sjukmeldte – det var det som var tema i hele debatten. Det var litt feil synes jeg. Jeg forstår hva det egentlig handlet om, men det ble angrepet litt gærnt.*

De sykemeldte forholder seg til holdningene i samfunnet – enten de er der eller de tror de er der på ulike måter. En måte er å unngå sosiale møteplasser eller at en begynner å reise til nabokommunen for å handle. Dette var også et typisk trekk hos flere av våre mannlige informanter. En informant som hadde bolig i en annen kommune enn arbeidsplassen, uttrykte fordelene med dette slik:

*Jeg er så heldig at jeg har arbeidsstedet mitt på... og bor i.... Så jeg kunne gå turer og i butikken uten å møte folk og bli konfrontert med at jeg er sjukmeldt – den dårlige samvittigheten slipper jeg å få. Og den merbelastningen den trenger man ikke egentlig. Tror absolutt det kunne ha vært vanskeligere viss jeg hadde bodd på ... [stedet der arbeidsplassen er].*

En av informantene hadde i starten av sykemeldingsperioden gått til sin vanlige butikk og fått mye sympati fra folk han møtte for sin situasjon siden det hadde vært medieomtale (omstilling i bedrift). Men han følte seg ikke komfortabel med denne typen oppmerksomhet og hadde derfor begynt å reise til nabokommunen for å handle:

*Har bare fått positive reaksjoner. Ikke hørt noe negativt. De føler med meg. Men bare det at folk skal føle med meg – jeg synes ikke det er noe ... Det blir en annen type oppmerksomhet som jeg ikke er vant til. Det blir liksom litt for personlig. Det er mange som ser på meg som... (stillingsbetegnelsen).. Så da føler vel folk at de skal vise sympati. Det er fint, men jeg føler meg ikke bekvem med det. Så da er det bedre å kjøre lenger for å handle i en stor butikk der du ikke møter noen som du behøver å prate med. ... Jeg har ikke problemer med å gå inn i den butikken jeg brukte før, men viss jeg skal velge, kjører jeg litt lenger.*

Det var veldig få av informantene som hadde fått noen negative kommentarer på at de var sykemeldt. Men det betyr ikke at de sykemeldte føler seg trygge på folks aksept på at de er sykemeldt. Finn sa det slik:

*Så lenge folk ikke spør så sier jeg ikke noe. De snakker kanskje om at jeg ikke jobber.. jeg vet ikke om de jeg har snakket med, har snakket med andre etterpå. Nabolag og i xxx (kommunen) – ryktene går raskt...*

En annen informant sier det slik:

*Nei jeg har vel ikke fått negative kommentarer. Det har jeg vel ikke. Men folk kommer som regel ikke rett ut og sier det de mener. Men viss man leser mennesker så forstår man hvordan ting funker, ikke sant?... Det er ikke så mange som kommer rett opp i trynet ditt og sier det de mener.*

Noen snakker også om at de blir konfrontert med egne holdninger og fordommer, og at dette også påvirker deres egen adferd, f.eks Christoffers utsagn om at de som er sykemeldte bare sitter på kafè i byen:

*Det er kanskje egne fordommer da – har tenkt at de derre folka som ikke jobber og er sjukmeldt de bare sitter der på kafé i byen Tenker at det kanskje ikke er så vel ansett at jeg skal sitte ute i byen når jeg er sjukmeldt. At jeg heller bør holde meg hjemme og være sjuk... Det fører til at jeg er mindre ute enn det jeg hadde hatt lyst til.*

Aslak har opplevd at det å være åpen har hjulpet ham fra å isolere seg for mye:

*De første ukene var jeg nok rimelig sky for da visste jeg ikke hvordan jeg skulle takle det. Men når jeg begynte å fortelle om det, så ble angsten borte.*

En annen av informantene har følt på kroppen hvordan det er å være sykemeldt og åpen om det. Han opplevde at mange mennesker trekker seg vekk og ikke vil snakke med han:

*...jeg ser jo at folk skygger unna. Og det er kanskje folk som jeg ikke hadde ventet det for å si det sånn... Hvis jeg ser dem på litt avstand og jeg skjønner at dem har sett meg og plutselig så går de en annen veg ... Det er ikke alle det altså, men flere enn jeg hadde trodd. Det er litt spesielt, men det gjør meg ikke så mye, ikke så mye i alle fall.*

Denne informanten sier at skamfølelsen ikke henger sammen med sin depresjonsdiagnose, men mer på årsakene at ting ble som det ble økonomisk sett:

*Det økonomiske rotet jeg har drevet på med. Ikke diagnosen, faktisk ikke i det hele tatt. For jeg synes ikke det er skam og si at nå har jeg problemer. Det synes jeg ikke er skam.*

## 4.4 Menns mestringsstrategier

### *Sosiale relasjoners betydning – familien og venner*

De informantene som bor sammen med kone og barn forteller at familien ofte over tid hadde sett at mennene hadde blitt gradvis dårligere, samtidig som det kunne være vanskelig å snakke om det. Derfor var det ofte en lettelse for dem når mennene innså at de måtte ha seg en pause og sykemeldes, slik som Aslak:

*Det var noen – spesielt i familien, som mente at det var på tide at jeg tok det med ro en periode slik at jeg kom til hektene igjen. Så de kunne få kontakt med meg igjen på et eller anna vis. Noen av dem sa til meg etterpå at de skjønnte at det var noe som ikke var som det skulle. Du skifta jo litt ansiktsuttrykk, humøret var borte. Jeg er jo i grunnen en glad person. Kan jeg tilføre de rundt meg noe som de kan le av så gjør jeg gjerne det i form av ei god historie eller kommentar. Det var borte i den tida.*

Også de enslige mennene med familie i nærheten forteller om viktig støtte. Her et eksempel:

*Har ikke økonomiske buffere i familien. Men de har gitt støtte og hjelp på andre måter... Familien forstår meg veldig godt. De kjenner jo meg godt så de skjønner hvordan stoda er.*

Samtidig er det også eksempel på at det kan være vanskelig å dele problemer med sin nærmeste familie selv om forholdet mellom dem kan være godt. Her er en som var sykemeldt på grunn av arbeidskonflikt:

*Jeg har en familie som står meg veldig nær. Men når du kommer opp i vanskelige situasjoner, står de nærmeste deg kanskje fjernest fordi det er vanskelig å fortelle dem om det. Det gikk mange måneder før jeg fortalte det til moren min ..fordi jeg ikke har ønske om at hun skal føle belastning og kjenne på de problemene her – at hun skal vite at hennes kjære sønn har rotet seg opp i konflikter...Er engstelig for at de skal ta det innover seg.*

Inge hevder at han ikke kan snakke med så mange om sine problemer, og han har også en mor som han ikke tør å si alt til fordi hun kan bekymre seg unødvendig:

*Jeg forteller moren min om hva som skjer og hva som er situasjonen. . Det kan nok hende jeg setter på et lite filter der for å skåne henne. Jeg vil ikke at hun skal ligge å bekymre seg for meg, for å si det sånn. Så det kan godt hende jeg slenger på et "men det går bra" som jeg vet virker da. Jeg kjenner henne godt og jeg vil ikke at hun skal ta på seg mine problemer da. Men jeg føler ikke at det er så mange jeg kan spørre om noe hjelp nei.*

Den første fasen av sykemeldingen er preget av usikkerhet for mange og de kan være usikre på hvordan de skal oppføre seg overfor omgivelsene. En av dem sier at han var i tvil ”om jeg skulle mure meg inne, gjemme meg, kjøre bil om natta slik at ingen så at jeg var hjemme”. En av de yngste informantene fortalte også om sin usikkerhet i møte med omgivelsene:

*Det er litt vanskelig å være sjukmeldt for jeg vet ikke hvordan jeg skal oppføre meg. Hva er det samfunnet forventer av meg som sjukmeldt?*

Dette fører til at sykemeldingen resulterer i en skjerming fra omgivelsene: Vennekretsen er ofte ikke så vid som den var lenger. Det er bare de beste vennene som man har igjen. Alle de som en var vant til å treffe på jobb eller ellers har de ikke så mye kontakt med dem lenger.

### **Betydningen av kontakt med arbeidsplassen**

For noen er det å holde kontakten med arbeidsplassen en mestringsstrategi. En informant fortalte at han gikk til sine kolleger dagen etter han ble sykemeldt og fortalte grunnen til dette. Etter det har han vært der minst en gang i uka. Dette har fungert veldig bra for ham. Men for andre kan besøk på arbeidsplassen være en påminnelse om det de ikke får til. Her er et eksempel:

*Jeg har jo litt kontakt med kollegaene fortsatt, men det er kjedelig å være den som må gi seg og gå ut. Bare komme innom på besøk – det er jo helt.. Vet ikke om jeg gidder det lenger. Man får jo ikke godt sjølbilde av å gå sjuk – kan liksom ikke bidra med noe... Det er ikke så enkelt bare å stikke innom jobben og ta en kopp kaffe som en skulle tro...Man får den følelsen av å være ubrukelig - han som måtte gi seg halvveis, han som backa ut – sjøl om man er skadet blir det litt sånn.*

Som sykemeldt er man i en sårbar situasjon, og man blir var for signaler fra omgivelsene. Siden disse mennene over lang tid har vært dedikerte til sitt arbeid, blir reaksjonene fra kolleger, og ikke minst lederne, viktig. Flere fortalte om støtte fra kolleger, men lederne levde i mindre grad opp til de ønsker eller behov de sykemeldte hadde. En informant sier det slik:

*Sjefen min har jeg ikke noe kontakt med. Han driver jo et lite firma så han tenker litt annerledes. Det må man bare akseptere. Han er jo avhengig av alle oss for å drive rundt. Så når jeg ikke kan komme tilbake er han ikke interessert i å følge meg opp. Når man er skjøvet ut i kulden så blir det enda vanskeligere å holde kontakten med jobben.*

Også andre hadde ønsket mer kontakt med leder:

*Kunne ønsket meg mer oppfølging fra leder. Han har gjort det til en viss grad, men det har manglet sånn jevnlig kontakt. Og det er jo fordi jeg er deprimert og har en sårbarhet som ligger på et høyere nivå som gjør at det kunne være viktig å få et svar av og til eller en liten hilsen. Samtidig vet jeg at han på sin side ikke har tatt kontakt med meg fordi han ikke ville forstyrre med i tilfelle jeg var dårlig.*

Som nevnt melder flere av våre mannlige informanter at konflikter på arbeidsplassen er en viktig årsak til sykemeldingene deres. I disse tilfellene er leders rolle oftest svært sentral. De viser til leders manglende takling av konfliktene som en årsak til sykdomsutvikling, og i sykemeldingsperioden har de oftest hatt svært lite kontakt med leder. De har opplevd mangel på informasjon, mangelfull oppfølging og melder om at når deres sak har vært diskutert har de ikke blitt innkalt til møter. Dette er opplevelser som har medvirket til negativt selvbilde og kan også ha forsterket depresjonene.

### ***Aktiviteter som mestringsstrategi***

Et sentralt spørsmål er hva man skal komme i gang med, hva man skal bruke dagene til når man er sykemeldt og har kommet over den første kneika. Her er det varierte aktiviteter som ble nevnt. En sa at han gikk på turer i skogen, en begynte å trene på treningsstudio, en annen jobbet i hagen – dette var selvsagt aktiviteter som måtte tilpasses deres helsetilstand.

De sykemeldte mennene som har mindreårige barn, blir aktivisert bare ved at de er til stede i hjemmet. For disse representerer sykemeldinga noe positivt ved at de får mer tid sammen med barna enn de har hatt i en travel jobbhverdag. Nå er de hjemme på dagtid, de følger barn til skolen, og er hjemme når ungene kommer fra skolen. De får anledning til å være mer med på ungenes fritidsaktiviteter og i det hele tatt å være med å dele større deler av hverdagslivet i familien. Dette er en viktig del av de sykemeldte fedrenes hverdagsliv. Våre informanter beskriver dette som en positiv konsekvens av sykemeldingen. En av de som var sykemeldt på grunn av arbeidskonflikter, og nå har begynt på kveldsskole, sier det slik:

*Det er klart når en er mye irritert og frustrert så vil det til en viss grad gå utover familie og unger. Du har ikke det overskuddet som de forlanger du skal ha. Nå har jeg fri samtidig med ungene, jeg kjører de til skolen, henter de når de er ferdig, lager mat, gjør lekser, er sammen 3-4 timer, og så reiser jeg på kveldsundervisning. Så hverdagen er unger og skole... De sier jeg er en mye lystigere person som er hjemme nå enn før. Det er klart når du går i 7-8 timers gjørme om dagen – du blir liksom tråkka på hele tida – det er ikke så kult i lengden. Og når du så skal sykle, gå på ski med ungene – du har ikke energi i det hele tatt.*

Men når mennene er mer hjemme, stiger også forventningene til deres deltakelse, og det kan by på utfordringer. En av informantene som er småbarnsfar innrømmer at han ikke klarer å leve opp til ungenes forventninger, og det gir han dårlig samvittighet:

*Jeg må hvile midt på dagen – jeg har forklart at jeg er syk. Men det er litt problematisk når de krever oppmerksomhet... Av og til har jeg følelsen av å svikte datteren når jeg ikke kan være så mye sammen med henne som hun ønsker. Når jeg er dårlig er det også vanskelig å være med i sosiale sammenhenger som skole og barnehagearrangementer. Det er veldig ubehagelig og*

*tungt. Så jeg ønsker å slippe det. Og det har jeg gjort i vinter, for eksempel disse arrangementene før jul. Men jeg tror mine døtre var litt skuffet.*

Men til tross for at sykdommen setter begrensninger på deres deltakelse i familiens hverdagsliv, er det de positive sidene som veier tyngst. Finn er inne på at statusen hans i familien har økt etter at han ble sykemeldt, og samværet med familien gir han mening i hverdagen:

*Jeg er oftere hjemme og har mer kontakt med mine barn nå... deltar i deres hverdagsliv og hverdagsproblemer, og det er viktig sement for familielivet.*

Et par av mennene sier at de bruker en del av tiden sin mens de er sykemeldt til å pusse opp hus. Aslak har hatt dette som hobby tidligere, og etter at den første sykemeldingsperioden var over, måtte han finne på noe å gjøre mens han var sykemeldt. Det var da nærliggende for ham å sette i gang et oppussingsprosjekt hjemme:

*Har pussa opp soverom, bytta kjøkken og gjort alt sammen sjøl. Det å pusse opp syns jeg er bare moro. Derfor gjorde jeg det – og det betydde veldig mye for meg... For noen uker siden hadde jeg aldri turt å begynne å male en vegg for det hadde jeg ikke fått til. Det er jeg sikker på – jeg hadde ikke kommet så langt at jeg hadde fått frem malerkosten en gang. Men når jeg da begynte – dette har du gjort 100 ganger før – dette går bra! Da får du att litt sjøltillit. Ser at det er noe som fungerer. Det jeg har drevet med hjemme nå trur jeg er den beste medisinen for meg.*

Inge synes det er viktig å få til en god planlegging av livet sitt og synes turer i skog og mark gir energi og tid til tanker:

*Prøver å få oversikt og lage en god plan for hvordan jeg skal gjøre ting videre, det er egentlig en god egenpleie for meg nå. Å gå turer i skogen for den saks skyld og bare la tankene få lov til å flyte litt.*

Det synes som om det er viktig å komme i gang med aktiviteter de har gjort før og som de mestrer. For en journalist eller forfatter kan det være å komme i gang og skrive ting, for en musiker å komme i gang med spillingen. Vårt datamateriale viser også at for noen kan det være veldig positivt å fortsette med sine hobbyer og fritidsaktiviteter selv om en er sykemeldt. På denne måten holder de seg aktive, og de opprettholder noen sosiale kontakter, og det er viktig i slike situasjoner. Som sykemeldte er de i en sårbar situasjon, og derfor blir omgivelsene sine reaksjoner viktige for opplevelsen av å være sykemeldt, og det gjelder både kolleger og ledere på jobb, familie, venner og i noen tilfeller naboer. I tillegg har vi vært inne på at kanstorsamfunnet sine holdninger og media sin rolle kan spille inn.





## 5 Oppsummering

Denne ØF-rapporten er en del av et treårig norsk/svensk forskningsprosjekt (SOFAC) som ser på betydningen av sosiale årsaker til sykefravær og de sykemeldtes opplevelse av å være sykemeldt. Målet er at forskningsprosjektet skal bidra til ny innsikt i hvordan samspillet med omgivelsene både kan fremme og hemme sykemeldinger.

Rapporten gir et innblikk i den kvalitative delen av SOFAC. Målgruppene som er blitt forspurt om å delta i intervju i den kvalitative studien er sykemeldte innen diagnosegruppene muskel- og skjelettsykdom eller psykisk sykdom. Forskningsspørsmålene i denne undersøkelsen er for det første å avdekke oppfatninger omkring årsaker til egen sykdom. For det andre er det å få frem ulike erfaringer, situasjoner og hendelser omkring det å være sykemeldt, hvordan de opplever selve rollen som sykemeldt, opplevelsen av andres holdninger til deres sykefravær og livssituasjon, og hva de gjør for å mestre sin sykdom og det å være sykemeldt.

### 5.1 Metode og utvalg av informanter

Undersøkelsen har anvendt kvalitative metoder gjennom dybdeintervjuer med hjelp av en intervjuguide som legger vekt på menings- og årsakssammenhenger. Vår studie bygger i tillegg på sentrale elementer og analyseteknikker i grounded theory (GT).

I tråd med retningslinjene til Rådet for etisk komite ble det trukket et utvalg av langtidssykemeldte menn og kvinner fra NAVs registre. Utvelgingskriteriene var konkrete ICPC-diagnoser innenfor diagnosegruppene muskel-skjelettlidelser og psykiske lidelser, i aldersgruppen 20-60 år, like mange menn og kvinner og de skulle ha bosted i Oppland fylke. Forespørselen om å delta i undersøkelsen ble sendt ut til de utvalgte fra NAV, og de som var villig til å delta i undersøkelsen tok direkte kontakt med forskerne. På denne måten ble informantene rekruttert via selvseleksjon. Utvalget som ble intervjuet besto av 30 informantar, 20 kvinner og 10 menn.

Intervjuene ble gjennomført ut fra en felles intervjuguide med temaer og forslag til oppfølgings spørsmål. Samtlige informanter måtte skrive under på samtykkeerklæringer. Det ble brukt lydopptaker under intervjuene, og disse ble transkribert i etterkant.

## 5.2 Sykdomshistorier og årsaksforklaringer

I denne undersøkelsen er vi opptatt av de sosiale årsakene til sykemelding og hvilke prosesser som har bidratt til utvikling av sykdommen. For folk med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser vil det kunne være en spesiell hendelse som utløser en konkret sykemelding, men mange av våre informantene hadde vært sykemeldt i kortere eller lengre perioder over flere år. Vi møter informantene på et tidspunkt der noen har vært sykemeldt over en lengre periode, andre i kortere perioder, noen er sykemeldt på heltid, andre på deltid. Alle uttrykker et ønske om å fortsette i arbeidslivet, men noen får tenke seg at det er realistisk med delvis uførepensjon. Bak mange av sykehistoriene ligger det ofte komplekse årsaker og lange nedbrytingsprosesser. Vårt utgangspunkt er at utvikling av sykdom må sees i lys av det livet de har levd og de relasjonene de står i - i arbeidslivet og i privatsfæren.

### *Nedbrytingsprosesser bak utvikling av psykiske lidelser hos kvinner*

Materialet viser at kvinnene med psykiske lidelser i hovedsak trekker frem belastninger i oppvekstmiljøet og i privatlivet som årsak til sin sykdom. Mange har hatt *tunge omsorgsbelastninger* relatert til syke og problembelastede barn og i enkelte tilfeller for gamle familiemedlemmer som har hatt problemer og krevd deres omsorg og tilstedeværelse. I andre tilfeller har *totalbelastningen* med eneansvar for egne barn, samt å fungere i arbeidslivet vært for krevende og ført til sykemelding. Disse belastningene er så store at de ikke har krefter til å utføre jobben tilfredsstillende. De blir da sykemeldt fra arbeidslivet, men situasjonen hjemme som er en viktig årsak til nedbrytingsprosessen, kan de ikke sykemelde seg fra. Mens mennene blir sykemeldt fra den arenaen der problemene først og fremst oppstår, blir disse kvinnene ikke sykemeldt fra den arenaen der de har de største belastningene.

### *Nedbrytingsprosesser bak utvikling av muskel- skjelettlidelser hos kvinner*

Muskel- og skjelettplager kan være forskjellige typer plager. Noen har diagnosen fibromyalgi, andre beskriver sine plager som prolaps, revmatisme, muskelvondt eller generelle ryggplager. Ofte er det plager som har utviklet seg over tid. I perioder har de vært bra, men de har fått plagene igjen, og ofte med forsterket styrke. Årsakene til plagene er sammensatte.

I noen tilfeller har plagene klare sammenhenger med arbeidssituasjonen. *Belastninger og krav i arbeidslivet* var spesielt sykdomsfremkallende blant omsorgsarbeiderne som hadde en arbeidssituasjon preget av tunge løft og hardt arbeidspress over tid. Det å være tilgjengelig hele døgnet for en ansatt, kan skape følelser av utilstrekkelighet og høye krav fra arbeidsgiver, og liten kontroll over arbeidssituasjonen synes å gi redusert helse.

Når en krevende jobbsituasjon er kombinert med en vanskelig privat livssituasjon, kan dette bli sykdomsfremkallende. Sett i et slikt perspektiv kan vi også i denne gruppen snakke om *totalbelastninger*. Noen beskriver at det ikke nødvendigvis er belastninger i jobben som gir dem helseplagene. For enkelte kvinner oppleves faktisk jobben som er fristed i forhold til en vanskelig privat livssituasjon. I slike tilfelle strekker de seg veldig langt før de blir sykemeldt.

Et typisk problem synes å være *manglende grensesetting*. Det å gjøre for mange ting på en gang og ikke sette grenser for seg selv eller andre kan føre til manglende kontroll over egen livssituasjon.

Forøvrig ser det ut til at for de som kunne ha et arbeid de liker og et støttende arbeidsmiljø, så vil terskelen være høyere for å bli sykemeldt. For disse er jobben et fristed, mens for andre kan arbeidsplassen oppleves som en ekstra byrde.

### ***Nedbrytningsprosesser bak utvikling av psykiske lidelser hos menn***

De fleste mennene i vårt materiale er sykemeldt på grunn av psykiske lidelser, og de har depresjon i en eller annen variant som diagnose. Noen få har angst, som oftest i tillegg til depresjonen. Dette er lidelser som har utviklet seg over tid, og mange har levd med denne typen lidelse uten å være sykemeldt i det hele tatt tidligere eller med kortere eller lengre sykemeldingar. Alle mennene knytter sykemeldingene til arbeidsrelaterte faktorer. Det kan skilles mellom tre typer arbeidslivsrelaterte prosesser som kan føre til sykdom og sykefravær:

- i) Sykdom som har utviklet seg som en følge av *omstillingsprosesser* på arbeidsplassen.
- ii) Sykdom som har utviklet seg som en følge av *fastlåste arbeidskonflikter*, ofte mellom ansatte eller mellom den ansatte og ledelsen.
- iii) Sykdom som har utviklet seg som en følge av *hardt arbeidspress over lengre tid* som fører til at arbeidstakerne kommer til et punkt der de ikke klarer mer.

### ***Nedbrytningsprosesser hos menn med muskel- og skjelettlidelser***

Som nevnt i beskrivelsen av utvalget, er det bare tre av våre informanter som hadde muskel-skjelettlidelser. Det er her de tre typer arbeidsrelaterte årsaker som kommer til uttrykk:

- i) Slitasje i arbeidssituasjonen over tid som fører til muskel- og skjelettplager.
- ii) Arbeidsulykke
- iii) Plager som utvikler seg over tid uten at det har en klar årsak

## **5.3 Å være sykemeldt**

### ***Kvinnens erfaringer og mestringsstrategier***

Informantenes opplevelse og erfaringer med å være sykemeldt synes i stor grad avhengig av omgivelsene sine holdninger og reaksjoner. Når det gjelder *kvinnens mestring og kamp for verdigheten*, så ser vi at det å være sykemeldt kan være en *trussel mot identitet som yrkeskvinne og deres selvtillit*, og mange kunne følte seg uglesett. Dette kunne ofte føre til skam og stigmatisering og føre til sosial tilbaketrekking. Medias fremstilling av de sykemeldte har også medvirket til dårlig samvittighet og skyldfølelse, bla. på grunn av mistenkeliggjøring. Men flere informanter har ikke opplevd noe negativt fra omgivelsene ved det å gå sykemeldt. Det kan synes som om høy alder ved sykemeldingstidspunktet medfører mindre dårlig samvittighet og at det da er mindre skamfullt å gå sykemeldt. Noen mener at mange års jobbing

rettferdiggjør sykemelding. Det synes som det kan være en sammenheng mellom diagnose, skamfølelse og sosial tilbaketrekking da det å gå sykemeldt med en somatisk sykdom kan være mindre skambelagt og stigmatisert enn en ”usynlig” sykdom – noe som kan gjelde både psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser.

Det er to forhold som ser ut til å spille sterkt inn på hvordan kvinnene mestrer rolla som sykemeldt:

- i) Det ene er i hvilken grad de har *støttende sosiale relasjoner i privatsfæren og på arbeidsplassen*. I familien har samboer eller ektefelle ofte en viktig støttefunksjon, men også barn og nære venner kan være viktige her. Noen av kvinnene ser på kollegaene på jobben som deres viktigste sosiale relasjoner, og arbeidsplassen blir da en viktig sosial arena også mens de er sykemeldt. Det er en tendens til at de som hadde et godt arbeidsmiljø fra før, følte seg mer inkludert, og opplevde besøk på jobben som noe positivt i motsetning til de som opplevde konflikter og dårlig arbeidsmiljø.
- ii) Det andre hovedtrekket som synes å være en viktig mestringsstrategi er om de har *aktiviteter* som gir en meningsfull hverdag. For mange av kvinnene går mye av hverdagen til daglige gjøremål i familien. Noen opplever det som positiv mestring. Andre kan oppleve det som en byrde og tapper dem for energi. Av andre aktiviteter er turgåing populært, i tillegg er lesing av litteratur, kontakt med dyr, bruk av musikk og hagearbeid aktiviteter som blir beskrevet som meningsfulle og energigivende. Det er nok likevel kombinasjoner av ulike aktiviteter som danner en helhetlig mestringsfølelse.

### ***Menns erfaringer og mestringsstrategier***

De fleste mennene i vårt utvalg har også en sterk yrkesidentitet og sykemelding synes å være en *trussel mot identitet, status og selvtillit*. Noen av informantene sier at sykemeldingen har ført til deres status på jobben har blitt mindre, mens andre opplever at det å miste status kan ha sammenheng med det miljøet man ferdes i. I likhet med flere kvinner synes det å være en sammenheng mellom verdighet, skamfølelse og type diagnose. Noen opplever det som flaut å gå på sykemelding hvis ikke det er noe synlig og/eller fysisk. Dette henger sammen med *skamfølelse og stigmatisering* både fra sosiale relasjoner og generelle holdninger i samfunnet slik disse kommer til uttrykk i media. Dette synes igjen å medføre sosiale tilbaketrekking, og det er den samme tendens her som for kvinnene. Det var likevel få av informantene som hadde fått noen negative kommentarer på at de var sykemeldt, selvom mindreverdighetsfølelsen likevel synes å være tilstede.

Sentrale mestringsstrategier handler også for mennene om sosiale relasjoner og det å ha meningsfulle aktiviteter:

- i) *Sosiale relasjoner*: Det er noe ulikt hvordan og om de opplever et støttende nettverk i kjølevannet av sin sykemelding. Noen har veldig god støtte i sin familie. For andre kan det være vanskelig å snakke med sine nærmeste om sin sykdom, og grunnen de oppgir er ofte at de vil beskytte dem. Mennene beskriver usikkerheten de føler overfor

omgivelsene når de er i rollen som sykemeldt, men også hvordan de tar i bruk strategier for å takle denne usikkerheten. For noen er det å holde kontakten med arbeidsplassen en mestringsstrategi. Flere fortalte om støtte fra kolleger, men mindre støtte fra ledelsen. Noen har opplevd mangel på informasjon og mangelfull oppfølging fra arbeidsplassen som kan ha medvirket til negativt selvbilde og forsterket depresjonene.

ii) *Aktiviteter:* På like linje med kvinnene hadde også menn ulike aktiviteter som mestringsstrategi. Sykemeldingen fører ofte til at mennene, og spesielt de med mindreårige barn, deltar noe mer i daglige gjøremål i familien og i oppfølgingen av barna enn de har gjort når de er i jobb. Dette får de positiv tilbakemelding på og er med å gjøre hverdagen meningsfull. I tillegg bruker de tid til turer i skogen, trening på treningsstudio, hagearbeid eller oppussing av hus. Det synes som om det er viktig for mennene å komme i gang med aktiviteter de har gjort før og som de mestrer.

## 5.4 Konklusjon

Ut fra vårt datamateriale synes det som om sykefravær samt utvikling av psykiske plager og muskel- og skjelettlidelser må forstås i sammenheng med det livet folk har levd. Våre hovedfunn viser at sosiale årsaker til sykdom handler svært ofte om komplekse og betydningsfulle relasjoner i vid forstand.

- Sykdomsutvikling/nedbrytingsprosesser skyldes ofte relasjonelle forhold – i privatsfæren eller på jobben.
- Sykdomsutvikling må sees i et livløpsperspektiv; hendelser i oppveksten kan slå tilbake i voksen alder.

Undersøkelsen viser at det er en påfallende forskjell i hvilke faktorer de mannlige og kvinnelige informantene trekker frem som forklaring på deres sykehistorier og deres sykemelding. Blant mennene knyttes årsakene til sykemeldingene hovedsaklig til arbeidsrelaterte faktorer. For kvinnene er det i større grad store omsorgsbelastninger overfor barn og syke familiemedlemmer som medfører de største belastningene, og ofte er det totalbelastningen med lønnsarbeid og arbeid i hjemmesfæren som trekkes frem som forklaring på hvorfor de har blitt sykemeldt. I de familiene der det er eller har vært syke og problembelastede barn, har dessuten kvinnene ofte vært eneforsørgere. Flere av mennene har også barn, men de har ikke opplevd dette som en stressfaktor av betydning. Dette må da ha vært stort sett andres ansvar siden de har kunnet fokusere på jobben. De ulike årsakene til sykdomsutvikling gjenspeiler således at kvinner og menn lever vidt forskjellige liv. En viktig forskjell er at kvinnene kan sykemelde seg fra jobben, men ikke fra belastninger i privatsfæren som ofte har vært en viktig grunn til deres sykdomsutvikling.

To faktorer trekkes frem som viktig for å forstå hvordan de sykemeldte opplever rollen som sykemeldt og arbeidet med prosessen for å komme seg ut av denne rollen:

- Relasjonelle forhold til nær familie og venner, men også forholdet til arbeidsplassen, arbeidskolleger og ledere.
- Aktiviteter som gjør at hverdagen som sykemeldt blir meningsfylt.

Materialet viser at mange kvinner ikke har så mye overskudd til andre ting enn daglige gjøremål i familien. Men turgåing samt lesing er det mange som bruker som avkobling, og noen finner også glede i kontakten med dyr og bruk av musikk. For mennene fører sykemeldingen ofte til større deltaking i familiens hverdag, noe som er en forandring både for dem selv og de andre familiemedlemmene. I tillegg bruker mennene ofte tiden til aktiviteter som de har drevet med og mestret før.

## Referanser

Antonovsky A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Altheide, D.L. & Johnson, J. M. (1994). Criteria for Assessing Interpretive Validity in Qualitative Research. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.). *Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications. London. pp. 485 – 500.

Berge, C. (2010). *Uendret sykefravær siden 2001*. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Berger P.L. & T. Luckmann (1966). *The Social Construction of Reality*. New York: Anchor, Garden City

Corbin J. & A. Strauss (2008). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage

Glaser, B. G. (1998). *Att göra grundad teori – problem, frågor och diskussion.. Mill Valley, CA, US: Sociology Press*

Glaser B.G. (1978) *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press

Glaser B.G. og A.L.Strauss (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Reserarch*. Chicago: Aldine

Hallberg, R.M. (2002). (Ed.). *Qualitative Methods in Public Health Research. Theoretical Foundations and Practical Examples*. Studentlitteratur. Lund, Sweden.

Hammersley, M (1987) Some Notes on the Terms ‘Validity’ and ‘Reliability’, *British Educational Research Journal*, 13(1)

Hammersley, M. & Atkinson, P. (2000). *Ethnography: Principles and Practice*. Routledge. London.

- Holstein J.A. og Gubrium J.F. (2004) The Active Interview. I Silvermann D. (red) *Qualitative Research: Theory, Method, and Practice*. London: Sage Publications)
- Kvale, S. (1996) *Interviews*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Mishler, E.G. (1986). *Research Interviewing. Context and Narrative*. Harvard University Press. Cambridge. Mass.
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*. Vol 5 (2) pp. 147-149
- Nordby H., Rønning R. & Tellnes, G. (red.) (2011). *Social aspects of illness, disease and sickness absence*. Oslo: Unipub
- Regeringens proposisjon 2007/2008:136 (2008). *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*
- Richie J. & J. Lewis (red.) (2003). *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: Sage Publication
- Smith, J. (2003). *Qualitative Psychology. A Practical Guide To Research Methods*. London: Sage Publications
- Snape, D. & Spencer, (2003). In: Ritchie, J. & J. Lewis (red.). *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: Sage Publications
- Starrin, B., L. Dahlgren, G. Larsson & S. Styrborn (1997). *Along the path of discovery. Qualitative methods and grounded theory*. Lund: Studentlitteratur
- Strauss & Corbin (1990) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Thousand Oaks: Sage
- Thagaard, T (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Thomas, W. & D. Thomas (1928). *The Child in America*. Alfred Knoph



## Vedlegg 1. Invitasjonsbrev

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”Sosiale faktorer og sykefravær”

#### Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en norsk/svensk forskningsstudie som ser på betydningen av sosiale faktorer for sykefravær og utestenging fra arbeidslivet. Du forespørres om deltakelse til intervju fordi du er eller har vært sykemeldt med bakgrunn enten i muskel- og skjelettsykdom (gruppe 1) eller psykisk sykdom (gruppe 2). De to diagnosegruppene er de største i statistikken, slik at muskel/skjelett er størst i Norge, og psykiske lidelser er størst i Sverige. Østlandsforskning og Høgskolen i Lillehammer er ansvarlig for den norske studien, mens Karlstads universitet er ansvarlig for den svenske studien.

#### Hva innebærer studien?

I forskningsstudien vil vi både samle inn data via spørreundersøkelser og intervjuer. Du forespørres om deltakelse til et individuelt intervju på rundt 45 minutter. Sted for intervju avtales med den enkelte informant. Vi vil bruke lydopptaker under intervjuet for at sitater skal være gjengitt ordrett. Temaene for intervjuet er: opplevelse av det å gå sykemeldt; arbeidssituasjonen/arbeidsmiljø; forhold til ledelse og kolleger; familie og nærmiljø; hjelpeapparatet og framtidsplaner.

#### Mulige fordeler og ulemper

Forskningsprosjektet vil bidra til ny innsikt i hvordan samspillet med omgivelsene både kan fremme og hemme sykemeldinger. En bedre forståelse av disse sidene ved sykefraværspromatikken, kan bidra til nye sykemeldingsforebyggende tiltak.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som forskerne registrerer om deg skal kun brukes til å skrive om betydningen av sosiale faktorer for sykefravær og utestenging fra arbeidslivet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Intervjuet vil bli skrevet ned, og etter dette slettes lydopptaket. Det er kun forskerne som gjør intervjuet med deg som har tilgang til opplysninger/notat fra intervjuet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger, men en kode knytter dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun forskerne som gjør intervjuet med deg som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Opplysninger om deg vil ikke kobles til andre registre. Alt datamateriale vil slettes innen 31.12.2010.

#### Frivillig deltakelse

Dersom du ønsker å delta i studien kan du kontakte enten Kari Bjerke Batt-Rawden eller Liv Johanne Solheim for å avtale tid for intervju. Du kan også kontakte forskerne om du vil vite mer om studien før du bestemmer deg om deltakelse. Når du møter til intervju vil du bli bedt om å undertegne en samtykkeerklæring for deltakelse i studien.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg kan du gi beskjed til Kari eller Liv.

#### Kontaktinformasjon og svarfrist

Vi ber de som ønsker å delta i studien om å kontakte oss innen ... Kontaktinformasjonen vår er:



## **Vedlegg 2. Intervjuguide**

### **Tematisert intervjuguide -SOFAC**

#### **1. BAKGRUNDSFÖRHÅLLANDEN**

#### **2. ORSAKER TILL SJUKSKRIVNING**

Berätta om den dagen då du blev sjukskriven

Sjukdomshistorie

Arbetet/arbetsmiljön

Sociala relationer på jobbet

Familj, släkt, vänner

#### **3. ATT VARA SJUKSKRIVEN**

EN VANLIG DAG SOM SJUKSKRIVEN

ALLMÄNHETENS SYN / ATTITYDER TILL SJUKSKRIVNA / SJUKSKRIVNING

KOLLEGORS, CHEFERS/ARBETSGIVARES SYN

KONTAKT MED HJELPEAPPARATET

FAMILJ, SLÄKT, VÄNNER

EGNA TANKAR

#### **4. FREMTIDEN**



### **Sosiale årsaker til sykefravær. En kvalitativ studie av sykemeldte med psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser i Norge**

Denne rapporten er en del av et treårig norsk/svensk forskningsprosjekt som ser på betydningen av sosiale årsaker til sykefravær og de sykemeldtes opplevelse av å være sykemeldt. Målet med forskningsprosjektet er å bidra til ny innsikt i hvordan samspillet med omgivelsene både kan fremme og hemme sykemeldinger.

Rapporten presenterer funnene fra en kvalitativ studie. Data er hentet inn ved individuelle intervjuer med sykemeldte som faller innunder diagnosegruppene muskel- og skjelettsykdom og psykisk sykdom. Forskningsspørsmålene som tas opp inkluderer: 1) å avdekke oppfatninger omkring årsaker til egen sykdom, 2) å få frem ulike erfaringer, situasjoner og hendelser omkring det å være sykemeldt, bl.a. hvordan de opplever selve rollen som sykemeldt og hva de gjør for å mestre sin sykdom og det å være sykemeldt, og 3) å få frem opplevelsen av andres holdninger til deres sykefravær og livssituasjon.

Denne rapporten viser til de norske funnene i studien. Det er tilsvarende gjennomført en svensk studie og levert en svensk rapport (også utgitt i ØFs rapportserie).

**Rapport nr.: 03/2011**  
**ISBN nr: 978-82-7356-679-9**